This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

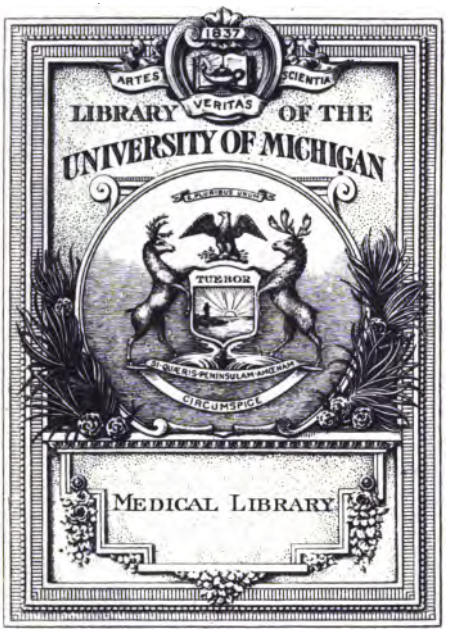
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

610.5
R46
M515
1842
v.2

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

1842. — TOME II.

COLLABORATEURS.

MM.

AUBER, D. M. P.

BAYLE, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

BELL, D. M. P., ancien Interne des hôpitaux et Vice-Président de la Société anatomique de Paris.

BLAUD, D. M. P., Médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire (Gard).

BOUCHACOURT, D. M. P., Chirurgien en chef désigné de la Charité, Président de la société Médicale d'Émulation de Lyon, etc.

CHAUVIN, D. M. P., à Saint (Loire-Inférieure).

COMBES (de Lantrac), Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

CORBY, D. M. P., ancien Chef de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

CRUVEILHIER, Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.

DELASIAUVE, D. M. P.

DELENS, D. M. P., ancien Inspecteur général des études, membre de l'Académie royale de médecine.

DEVILLE, D. M. P.

FERRAND DE MISSOL, D. M. P.

GIBERT, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris, Médecin de l'hôpital St-Louis.

JOLLY, D. M. P., Membre de l'Acad. royale de médecine.

LAGASQUIE, D. M. P., Membre de la commission médicale d'Égypte en 1828, 29 et 30.

MARTIN, D. M. M.

MM.

MARTINET, D. M. P., Agrégé libre de la Faculté de médecine de Strasbourg.

MARTINS, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

MONAT (Auguste), Médecin du bureau central des hôpitaux, Membre de la Société de médecine de Paris.

PAYAN, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).

PETREQUIN, D. M. Chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

PRUS, Médecin de l'hospice de Bicêtre, secrétaire-général de la Société de médecine de Paris.

RAYNAUD D. M. P.

RÉCAMIER, ancien Professeur de Clinique médicale de la Faculté, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.

REVEILLÉ-PARISE, D. M. P., Membre de l'Académie royale de médecine.

RIBES PÈRE, D. M. P., Membre de l'Académie royale de médecine, Médecin de l'hôtel des Invalides.

ROZIER, D. M. P., Membre du Jury médical et Médecin en chef de l'Hôpital-Gén. de Rhodez (Aveyron).

SEGUIN, D. M. P.

TANQUEREL DES-PLANCHES, D. M. Lauréat de l'Institut de France, Médecin des dispensaires etc.

VERGEZ, D. M. P., à Châteaubriant (Loire-Inférieure).

VIGNOLO D. M. P.

VIREY, Membre de l'Acad. royale de médecine.

IMP. DE BOUCHER ET BANQUELLIN, RUE DE LA HARPE, 90.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA

MEDECINE HIPPOCRATIQUE,

PAR J.-B. CAYOL,

Chevalier de la Légion-d'Honneur, ancien professeur de Clinique médicale de la Faculté à l'hôpital de la Charité de Paris, Médecin consultant de l'Institution royale des Jeunes-Aveugles et de l'infirmerie Marie-Thérèse, membre de la Société de médecine pratique de Montpellier, de la Société royale et de la Société académique de médecine de Marseille, de l'Académie des sciences médicales de Palerme, etc.

1842. — Tome second.

PARIS,

AU BUREAU DE LA REVUE MÉDICALE,

RUE SERVANDONI, 17, HOTEL DE LA MAIRIE.

1842.

L'histoire de la médecine au dix-neuvième siècle dira le bien qu'a fait ce journal (la *Revue médicale*), par la force de son opposition aussi généreuse que décente.

BÉRARD, *Esprit des doctrines médic.*, p. 155.

Med-Jee
Gottschalk
9-19-27
15372

REVUE MÉDICALE.

(Avril 1842.)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

OBSERVATIONS DE CHIRURGIE,

Par M. Ant. BOUCHACOURT,

Chirurgien en chef désigné de la Charité, président de la Société médicale d'émulation de Lyon, etc.

I.

De l'extirpation partielle de l'œil dans un cas d'encanthis fongueux.

L'encanthis, qui a pour siége spécial la caroncule lacrymale, est tantôt une affection de nature inflammatoire, tantôt un simple engorgement hypertrophique; quelquefois la tumeur qui le constitue est formée par des hydatides ainsi que QUADRI et RIBERI en ont décrit des exemples; d'autres fois elle est squirrheuse, fongueuse, mélanique, ce qui correspond aux six divisions récemment admises par M. CARRON DU VILLARDS dans son Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux. (Tome 1, page 454).

J'ai eu l'occasion d'observer une fois la simple hypertrophie de la caroncule lacrymale sous forme de prolongement charnu entre les paupières, et l'excision faite d'un seul coup de ciseaux courbes a suffi pour l'enlever. Je cautérisai à deux reprises différentes avec le nitrate d'argent fondu, pour prévenir une récidive qui déjà précédemment avait eu lieu par l'oubli de cette précaution ou la négligence

du malade à s'y conformer. Il n'y avait rien de cancéreux dans cette petite tumeur que le professeur RIBERI compare avec raison aux amygdales hypertrophiées.

Il y a loin de cette affection fort simple et de celle plus simple encore qui la produit quelquefois (je veux parler de l'encanthis inflammatoire) à l'encanthis squirrheux ou fongueux. Les exemples de ce dernier sont assez rares dans les auteurs pour que le fait suivant offre quelque intérêt.

On pourra le rapprocher de celui si connu de Purmann, bien que le procédé opératoire suivi n'ait pas été le même, et aussi des observations rapportées par MM. FLEURY (Bulletin de la Faculté de Médecine 1806, page 157) et CARRON DU VILLARDS (Loc. Citato, page 462).

OBSERVATION I.

Encanthis fongueux d'un volume considérable, nécessitant l'extirpation partielle de l'œil. — Guérison rapide, sans accidents primitifs ni consécutifs.

Madame B...., âgée de 67 ans, de Saint-Jean-le-Vieux (département de l'Ain), jouissant habituellement d'une bonne santé, mère de plusieurs enfants, n'ayant jamais éprouvé aucune maladie des yeux, s'aperçut au commencement de 1840 qu'une tumeur rouge, grenue, indolente, se développait à l'angle interne de l'œil droit, précisément au niveau de la caroncule lacrymale. Bientôt celle-ci, qui ne semblait d'abord qu'hypertrophiée, fit une saillie prononcée entre les deux paupières, se prolongeant en devant et en dedans. — Indolente au début, elle fut traversée plus tard par des éclairs de douleurs, et vint à saigner au moindre contact. Lorsque je vis la malade au mois de juin 1840, je lui conseillai de se faire débarrasser de cette tumeur sans attendre plus longtemps; elle ne put s'y décider sur-le-

champ; mais au bout de quelques mois, elle prit le parti de venir à Lyon pour se soumettre à l'opération.

Je la revis alors, c'était en janvier 1841. La caroncule lacrymale avait pris un développement excessif, elle occupait toute la largeur de la paupière inférieure qu'elle refoulait en bas et derrière elle, se prolongeant en haut et en dehors sur la face antérieure de l'œil qu'elle embrassait dans ses prolongements si notablement élargis. La cornée devenue opaque était presque entièrement couverte et notablement élargie. Il est inutile de dire que la vue de ce côté est entièrement perdue. — Les douleurs sont vives, lancinantes, s'étendant au front de ce côté; la malade maigrit, a perdu le sommeil. Il s'écoule parfois du sang à la surface de la tumeur. Le moindre contact renouvelle les douleurs et l'écoulement sanguin.

La malade était décidée à tout souffrir pour se soustraire aux vives douleurs qu'elle éprouvait depuis plusieurs mois et aux dangers qu'amènerait inévitablement l'extension de sa tumeur. Nous prîmes jour pour la lui enlever, et nous y procédâmes le 3 février, assisté de M. Lacour, interne des hôpitaux.

A l'aide de forts ciseaux courbes, je réséquai d'abord toute la portion saillante de la tumeur, après nous être assurés qu'en raison de sa mollesse, elle ne pouvait fournir de point d'appui aux airignes. Il s'écoula un peu de sang en nappe. Je reconnus alors que la paupière inférieure était tout à fait saine à sa face externe, à part une légère exulcération consécutive à la pression de la tumeur et à la présence des liquides irritants qui s'en écoulaient. Il n'en était pas de même près de son bord libre et à sa face interne : j'eus besoin d'une dissection pénible et attentive

pour la détacher entièrement. Je constatai l'impossibilité d'ménager l'œil, et je m'aperçus en même temps qu'en l'attirant à moi, il était possible de distinguer ce qui était sain dans son tissu de ce qui était malade. En conséquence j'en fis la résection avec les ciseaux courbes. J'y revins à deux fois pour ne rien laisser et je m'assurai que le reste du moignon oculaire était sain. J'enlevai ensuite et de la même manière quelques portions indurées à l'angle interne ; promenant mes doigts tout autour en haut, en bas, et sur les côtés de l'orbite, j'examinai avec la plus grande attention s'il restait quelques granulations, et après avoir laissé saigner près d'un quart-d'heure je m'occupai du pansement.

Il nous fut permis de bien reconnaître alors la nature cancéreuse de la tumeur ; son tissu était rougeâtre, pénétré de vaisseaux et renfermait dans ses mailles un suc blanchâtre que la pression faisait couler. La sclérotique et la cornée s'étaient confondues, épaissies, adhérant entre elles de la manière la plus intime.

Nous lavâmes soigneusement le reste de l'œil et l'angle interne des paupières avec de l'eau tiède; puis nous rapprochâmes les paupières saignantes comme les lambeaux d'une plaie et les maintinmes réunies à l'aide de deux bandelettes agglutinatives se croisant sur l'œil; un plumasseau très-mou de charpie, recouvert par un second, puis d'un troisième fut appliqué sur elles et maintenu à l'aide de quelques tours de bande.

L'appareil fut arrosé d'eau laudanisée, et la malade portée à son lit. (Eau sucrée avec addition de trente gouttes de laudanum de Sydenham, par cuillerée à bouche toutes les heures.)

Le 4. La malade a dormi, elle souffre peu ; douleur obtuse dans le front du côté malade. — Chaleur normale ; pouls à soixante-douze ; on continue la potion laudanisée toutes les deux heures.

Le 5. L'appareil a été légèrement mouillé par un suintement sanguin; à peine existe-t-il une légère douleur dans la plaie ; peau moite. — Pouls idem.

Au premier pansement fait le troisième jour, on laissa les paupières réunies par les bandelettes de diachylon ; elles étaient légèrement gonflées; on renouvelle la charpie et le même appareil..

Du 5 au 10. Je n'eus pas à noter la moindre réaction inflammatoire jusqu'au 6; on continue l'eau laudanisée.

Le 10. Il y avait une légère couche purulente au bord libre des paupières qui était devenu adhérent ; la réunion de leur face profonde semblait complète ; quelques bourgeons charnus tendent à proéminer vers l'angle interne, seul mis à découvert; je les touche largement avec la pierre infernale. — Nouvelle cautérisation le 12.

Le 14. Cette surface est rose, légèrement granulée, les végétations ont un bon aspect, ne sont ni saignantes, ni douloureuses; la surface libre des paupières est à peine rosée, la face profonde paraît entièrement unie avec le reste du globe de l'œil, dont les mouvements se dessinent encore à travers la peau qui le recouvre. La malade est dans le meilleur état possible, elle mange depuis plusieurs jours et est descendue de sa chambre au rez-de-chaussée. Elle quitte Lyon le 14, à cinq heures du soir.

J'ai eu de ses nouvelles depuis ce moment ; sur ma recommandation expresse, un cautère a été établi à la cuisse. M. le docteur PAULY a deux ou trois fois promené le ni-

trate d'argent à l'angle interne de l'œil. La guérison ne s'est pas démentie.

Madame B... a pu reprendre ses occupations, et les douleurs ne sont jamais revenues. — La malade dont je viens de rapporter l'histoire, était affectée d'un encanthis fongueux, qu'un traitement simple n'aurait certainement pas fait disparaître, même dans le principe. Fallait-il songer d'abord à la ligature qui réussit à Purmann (Vid. chirurg.-cuvi., page 134), ou à la cautérisation conseillée par Heister (Chirurg. p. 11, vol. II, cap. XIIX, page 520). Je préférai recourir immédiatement à l'extirpation, par plusieurs raisons. D'abord, à cause de l'étendue de la tumeur, de la largeur de sa base, de ses prolongements qui se seraient certainement dérobés à l'action du fil constricteur; puis à cause de sa mollesse qui aurait permis une séparation facile dans le point serré, mais nullement un travail d'élimination dans ses parties restées saines, s'il eût été possible d'aller jusqu'à elles. Je craignais en outre les hémorrhagies qui déjà commençaient à affaiblir la malade.

La masse à détruire par les caustiques ou le cautère actuel était trop considérable pour ne pas nécessiter plusieurs applications successives. Elle tenait de trop près aux paupières, au globe de l'œil pour que sa destruction ne fût pas suivie ou d'inconvénients, ou de dangers. Toutes ces raisons nous décidèrent M. Pauly et moi à préférer l'extirpation.

Je ne pouvais songer à conserver l'œil, une fois surtout que l'opération commencée me permit de suivre les racines du mal et de reconnaître de quelles difficultés s'accompagnait leur extirpation. — Mais je dus chercher à

éviter une ablation complète du globe oculaire, opération bien autrement grave que celle que j'avais entreprise. La résection de l'œil se présenta à mon esprit comme un moyen terme; elle se fit de la manière que j'ai précédemment indiquée. Le succès du moment et l'heureux résultat consécutif ont justifié ma conduite.

Je ne voudrais pas sur ce fait établir un principe chirurgical, ni surtout l'appliquer aux cas qui réclament l'extirpation totale du globe de l'œil; mais il sera bon de s'y conformer, je crois, dans le cas où le mal s'est étendu, des annexes de l'œil, *tutamina oculi*, au globe de l'œil lui-même. — Le rôle de barrière que joue souvent dans les affections cancéreuses le tissu fibreux, ne doit pas être oublié, non plus que les idées éminemment pratiques de M. LISFRANC sur les cancers superficiels qu'on croyait profonds.

Je ne donne pas, au reste, l'extirpation partielle de l'œil comme une nouveauté chirurgicale. Ce fait seulement sera ajouté au petit nombre de ceux que l'on possède déjà dans la science; mais je ne sache pas qu'il en existe un, où cette résection ait été faite dans des circonstances semblables. Je renvoie, pour de plus amples détails sur ce point, au traité de médecine opératoire de M. VELPEAU (Tome 2, page 472), ou à l'excellent traité des maladies des yeux de M. CARRON DU VILLARDS (Guide pratique, etc. Tome 2, page 462). — Ce qui m'a semblé nouveau et ce que je regarde comme important dans le manuel opératoire que j'ai suivi, c'est le soin de réunir par première intention, de convertir la plaie de l'œil en une plaie sous-cutanée, pour ainsi dire, à la faveur de la réunion prématurée des paupières au devant de lui. Est-il nécessaire de revenir sur les avantages qui doivent résulter en général de ce mode de

pansement, et sur ceux qu'il m'a donnés dans ce cas particulier? Ce serait insister sur des vérités devenues vulgaires.

Quant à l'heureuse influence des lotions et des applications laudanisées, de l'administration du laudanum à l'intérieur, faut-il lui rattacher l'absence complète des accidents inflammatoires? J'y serais autorisé par l'exemple des chirurgiens anglais, par celui plus récent de mon ami M. MALGAIGNE; mais j'aime mieux en faire partager les avantages à la réunion immédiate, et conseiller l'un et l'autre soins.

J'ajouterai en terminant que neuf mois se sont écoulés depuis l'époque où cette opération a été pratiquée et que l'absence complète de tout accident de récidive doit donner de grandes garanties pour l'avenir.

12 novemb. 1841.

II.

OBSERVATIONS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES CORPS ÉTRANGERS, introduits dans les organes.

A. — Application des procédés opératoires de la strabotomie à l'extraction des corps étrangers de l'œil. — L'opération du strabisme, appelée désormais à faire partie du domaine de la chirurgie classique, a prouvé par un nombre considérable de faits, que les moyens employés pour fixer l'œil, tels que la pince-érigne, les divers crochets, etc, remplissaient cette indication sans avoir aucun des inconvénients qu'il eût été possible de leur supposer *à priori*. En

soulevant et pinçant la conjonction oculaire, on maintient immobile et solidement fixé le globe de l'œil ; il devient facile d'agir, soit sur le système musculaire de cet organe, soit sur la cornée ou sur la sclérotique qui ne se dérobent plus à l'instrument tranchant. Dans l'opération de la cataracte, par exemple, M. Bonnet, à l'Hôtel Dieu de Lyon, y a eu mainte fois recours avec succès, en suivant la méthode par extraction, et après lui, j'en ai tiré un grand parti dans un cas de corps étranger introduit dans l'œil, que M. Bonnet a bien voulu rappeler dans son remarquable ouvrage *sur les sections tendineuses*; lui-même, s'en est bien trouvé dans plusieurs cas analogues.

Observation II. — Au mois de juin de l'année dernière, mon confrère M. Bovrin, médecin de Couzon, m'amena un tailleur de pierres de son village, qui la veille avait reçu, dans la cornée de l'œil droit, un éclat de pierre dure ; à l'instant, il ressentit une vive douleur, et la cause en fut bientôt constatée. La nuit fut très mauvaise, et les quelques tentatives faites pour extraire le corps étranger, furent tout à fait infructueuses. Le lendemain à dix heures du matin, nous constatâmes que la cornée avait été entièrement traversée ; et qu'un petit fragment de pierre jaune occupant la chambre antérieure s'engageait à travers la pupille fortement resserrée, et semblait pénétrer dans la capsule cristalline. Déjà les vaisseaux de la conjonctive étaient distendus par du sang, l'œil était rouge, sensible à la lumière et très douloureux. Comme le corps étranger ne faisait pas la plus légère saillie à la la surface de l'œil, on ne pouvait penser à l'extraire simplement avec des pinces : il fallait tout à la fois rendre l'œil immobile, et agrandir la plaie accidentelle, pour aller

saisir le fragment de pierre. Deux élévateurs de Pelier, les doigts d'un aide, rien ne parvenait à rendre l'œil suffisamment immobile, lorsque l'idée me vint, comme un trait de lumière, de saisir la conjonctive malade près du grand angle, avec des pinces à griffe destinées à l'opération du strabisme. Cela fut promptement exécuté, et j'en reconnus immédiatement l'avantage ; confiant à M. Provins cette pince qui fixait l'œil, je pus, à l'aide d'un couteau à cataracte agrandir la plaie de la cornée, et saisir la pierre avec une très petite pince à pupille artificielle. Il sortit en même temps quelques gouttes d'humeur aqueuse, et un petit fragment de cristallin. Le soulagement fut immédiat ; mais la douleur revint le soir ; car la lésion traumatique était trop violente, et le corps étranger avait séjourné trop longtemps pour que l'inflammation ne survînt pas ; elle se développa en effet et fut très vive. Pendant quinze jours, nous eûmes la crainte de perdre l'œil, et, sans le traitement énergique prescrit par notre confrère, l'inflammation eût certainement détruit la vision en obstruant la pupille. La conjonctive dans le point piqué et tiraillé par les pinces n'offrit pas la moindre altération consécutive. Ce qu'il y eut de remarquable c'est que sous l'influence de cette phlegmasie profonde et intense, les débris de la capsule cristalline et de la lentille, devinrent complètement opaques, et que sous l'influence de cette même inflammation énergiquement combattue, et tenue dans des limites convenables pour la résorption, cette cataracte traumatique disparut complètement, en contact qu'elle était avec les milieux liquides de l'œil, comme si elle eût été déjà abaissée et broyée.

Ce résultat n'est point une chose nouvelle ; mais ce qui

est tout à fait neuf, je crois, c'est l'application du procédé fourni par la strabotomie; et ce n'est point trop demander, ce me semble, que de réclamer sa place dans le traitement chirurgical des corps étrangers de l'œil, qui, si souvent, entraînent après eux de pressants et irréparables dangers. Au reste, j'ai revu ce malade le 13 décembre dernier; la cornée offrait une légère cicatrice, à peine opaque; l'iris lui adhérait dans ce point, mais conservait encore sa contractilité dans le reste de son étendue. — Derrière elle l'on n'apercevait rien d'opaque; je me trompe, en dehors, en bas et en arrière, un petit corps d'un blanc nacré, légèrement oscillant, attestait que le cristallin avait été opaque; mais son volume, sa forme, sa position, annonçaient, à n'en pas douter, que la lentille avait été broyée, déplacée, puis enfin en grande partie absorbée. Le malade distingue parfaitement le jour de la nuit avec l'œil du côté droit; il commence même à voir les contours de quelques objets; la vue se perfectionne tous les jours.

B. — *Observations de corps étrangers introduits dans les voies digestives.* — L'introduction de corps étrangers dans les voies digestives, est un de ces accidents auxquels le chirurgien est appelé tous les jours à porter remède. Les détails dans lesquels la plupart des auteurs, et notamment Hévin, sont entrés à ce sujet, peuvent de prime abord paraître fastidieux; mais la conduite à tenir dans des cas de ce genre est si difficile, le parti qu'on va prendre aura tant d'influence sur les accidents consécutifs, ou une action si heureuse sur la cessation complète de ceux qui existent déjà, qu'il me semble important de relater avec soin tous les faits qui se présentent, sans crainte d'allonger la liste si étendue de ceux que nous connaissons.

Des deux observations que je vais rapporter, l'une a trait à un corps étranger introduit dans l'œsophage, l'autre a pour sujet l'histoire d'un corps étranger dans le rectum.

Observation III.—Charles Gaubillot, de la Champagne, ouvrier tailleur à Paris, venait de dîner, le 4 septembre, lorsque tenant entre ses lèvres une pièce de cinq francs, pendant qu'on lui donnait de la monnaie, une secousse, écartant brusquement ses dents, fut suivie instantanément d'un mouvement de déglutition qui fit tomber la pièce dans l'œsophage. Elle s'arrêta au niveau du larynx, et le malade la sentait monter et descendre avec cet organe dans les mouvements de déglutition, ou lorsqu'il venait à parler; sa respiration n'était pas gênée, il souffrait à peine. Bientôt le corps étranger se porta plus bas, et le 5 au matin il était descendu au niveau de la partie moyenne du sternum.

Gaubillot ne pouvait avaler ni aliments solides ni boissons, pas même sa salive; il ressentait une gêne considérable dans la respiration, et un sentiment de constriction pénible au niveau du sternum; du reste il n'y avait pas de douleur.

Il ne put goûter un instant de repos, depuis le moment de l'accident jusqu'au 6 au matin; toute sa crainte était d'avaler entièrement la pièce de monnaie.

Un médecin qui fut appelé immédiatement, prescrivit d'abord une solution d'émétique, qui détermina inutilement des efforts de vomissement. Il recommanda au malade d'avaler des morceaux de mie de pain à demi mâchée et formant un gros bol; Gaubillot ne pouvait en venir à bout.

Le 6 au matin, M. Velpeau introduisit, à trois reprises différentes, l'instrument de Grœfe, de Berlin; la pièce de de cinq francs, accrochée une première fois, fut amenée

jusqu'à la partie moyenne du pharynx, mais, lâchée trop tôt; et le malade venant à faire un effort de déglutition, elle reprit bientôt sa position première. Une nouvelle tentative fut suivie d'un succès complet, et la pièce fut amenée au dehors.

Au moment de son passage au niveau du larynx, le malade accusa une légère douleur; mais le reste de l'opération ne fut pas autrement pénible.

Aujourd'hui tout est rentré dans l'ordre, et c'est ici ou jamais que se trouve vérifié l'axiome, *sublatâ causâ tollitur effectus.*

L'instrument dont M. Velpeau s'est servi dans cette occasion est excessivement simple et fort ingénieux. Il n'est guère connu en France, quoique, depuis dix années au moins, il y ait été fabriqué chez M. Charrière.

Il consiste en une tige de baleine suffisamment épaisse et flexible, longue de dix-huit à vingt pouces, portant à l'une de ses extrémités une éponge solidement fixée, qui, au besoin, pourrait repousser le corps étranger si on ne pouvait l'extraire; à l'autre extrémité existe un enbout d'argent qui supporte deux anneaux pleins, et réunis dans leurs deux tiers inférieurs, à jour supérieurement en bas, et fixés dans une sorte de charnière à l'extrémité de la baleine. Ils donnent lieu par leur réunion à une sorte de cône, dont le sommet tronqué très mousse, est en bas, et la base large et arrondie regarde en haut, et présente dans ce sens un véritable évasement. L'instrument ainsi construit, pénètre avec une grande facilité dans l'œsophage, et s'insinue sans peine, en raison de sa forme, entre les parois de cet organe et le corps étranger. Lorsqu'on le retire, au contraire, une de ses moitiés venant à raser la mu-

queuse, l'autre dépassant le corps étranger, celui-ci doit nécessairement être enlevé et entraîné.

Il y a près de dix ans que Dupuytren était sur le point de pratiquer l'œsophagotomie à un homme qui venait d'avaler une pièce de cinq francs, lorsqu'il eut recours à l'instrument de M. Grœfe, et parvint à l'extraire.

Depuis cette époque, plusieurs pièces de monnaie ont été extraites de la sorte; M. Perrochaud, interne des hôpitaux, m'a dit avoir retiré un sou introduit dans l'œsophage d'un enfant, qui fut amené à l'Hôtel-Dieu en 1837. Tout récemment une pièce de cinq francs a été extraite de la même manière, par M. Pinel Grandchamps, assisté de M. Cabissol.

Je pourrais, à ces faits, joindre l'observation communiquée par M. Vigla à la société anatomique, d'un fragment d'os de mouton retiré avec le même instrument.

Ces faits, ajoutés à celui recueilli dans le service de M. Velpeau, feront sentir aux praticiens l'importance d'un instrument que je regrette de ne pas trouver décrit, ni même indiqué dans les traités les plus récents de médecine opératoire. Sous ce rapport, les détails dans lesquels nous venons d'entrer, pourront donc offrir de l'intérêt. Les corps étrangers solides, aigus ou tranchants, et surtout métalliques, offrent par eux-mêmes beaucoup de dangers. Indépendamment des accidents de suffocation auxquels ils peuvent donner lieu par le fait seul de leur volume, de la même manière que les corps plus mous et moins irritants, ils déchirent les parties avec lesquelles ils se trouvent en contact; ils les coupent ou les contondent, donnent naissance souvent immédiatement à des douleurs atroces, et

plus tard à l'inflammation, à des suppurations toujours graves.

Qu'on se rappelle les rapports importants de l'œsophage avec le larynx et la trachée, avec les artères carotides, les artères pulmonaires, et l'on comprendra comment ces vaisseaux ont pu être perforés dans des circonstances analogues. Dans un cas cité par MM. Laurencin et Léger (Velpeau, médecine opératoire, tome III, page 692), ce fut l'aorte qui devint le siége d'une perforation mortelle. Chez un malade dont M. Begin a publié l'histoire dans le journal hebdomadaire, T. II, page 93, ce fut la trachée. Dupuytren a vu la présence d'une pièce de monnaie arrêtée dans l'œsophage amener la perforation de l'artère carotide primitive. Une arête de poisson, fixée dans l'œsophage, produisit le même accident, qui fut également mortel. (Archives de médecine, page 109, T. 11, 3e série.)

Il importe donc d'avoir ces faits présents à l'esprit, lorsque des circonstances analogues se présentent; de se rappeler que la première indication consiste, avant tout, à extraire le corps étranger par la voie qu'il a déjà parcourue; qu'il faut peu compter sur les efforts de vomissements artificiellement provoqués, lorsque le diamètre de ce corps, trop considérable relativement à celui de l'œsophage, en écarte outre mesure les parois. Cette ressource ne forme, à bien prendre, qu'un pis aller, auquel on ne doit songer que pour les corps dépourvus d'aspérités et de saillie, et après avoir inutilement essayé l'extraction à l'aide des doigts ou des instruments, ou bien la propulsion à l'aide d'une sonde œsophagienne. Mais dans le cas actuel on ne devait pas songer à un semblable moyen, vu

le volume et la dureté du corps, et les accidents auxquels sa présence dans l'estomac n'aurait pas manqué de donner naissance. Mieux eût valu pratiquer l'œsophagotomie, dans le cas où la pièce de cinq francs eût été encore dans la région cervicale de l'œsophage ; ici on n'aurait pu y songer, nouvelle raison pour s'applaudir du succès de l'extraction.

L'observation qu'on va lire n'a guère de rapport avec la précédente ; mais comme il est question aussi de corps étranger dans les voies digestives, j'ai cru qu'à ce titre seul il n'y aurait pas d'inconvénient à les rapprocher l'un de l'autre.

OBSERVATION IV. — Un paysan des environs de Lyon s'était endormi en plein air, par une des chaudes journées de l'été de 1837 ; deux mauvais plaisants eurent la singulière idée de lui introduire un volumineux éteignoir dans le rectum. Lorsque le malheureux se réveilla, il était déjà trop tard, le corps étranger était au-dessus du sphincter ; aussitôt de s'efforcer de l'amener au dehors ; mais l'anneau était désoudé, et la tige de ferblanc qui le formait s'implantait dans les parois de l'intestin à mesure qu'il exerçait les tractions nécessaires. Beaucoup de douleurs, l'écoulement d'une grande quantité de sang, furent tout le résultat qu'il obtint de ces efforts prolongés. Cet homme se présenta le lendemain à la consultation de M. Nichet, chirurgien en chef de la Charité. Alors il s'écoulait encore du sang par l'anus, les douleurs étaient des plus vives, l'introduction du doigt et le récit du malade firent suffisamment connaître ce dont il s'agissait.

L'introduction de pinces à pansement ordinaire ne put amener le corps étranger ; il fallut, avec un bec de

grue, recourber la tige de l'anneau ; tirant alors sur lui, le reste vint bientôt dès que cette tige ne s'enfonçant plus dans le rectum ne fit plus l'office d'arc boutant. Le malade instantanément soulagé retourna chez lui.

Dans un cas semblable, si l'extraction pratiquée comme je viens de le dire ne pouvait s'effectuer, je proposerais de faire basculer le corps étranger, d'en faire ce qu'on pourrait appeler la version, c'est-à-dire de ramener le sommet du cône en bas, soit avec les doigts, soit avec des pinces ; il deviendrait dès-lors facile de l'extraire en entier.

Je ne connais pas dans les faits si nombreux que possède cette partie de l'histoire de l'art, une observation analogue. Il n'est pas cependant de corps qu'on n'ait eu à extraire; leur nature, leur forme, leur volume offrent tant de variétés, de nuances si diverses, qu'on ne saurait en vérité donner les règles d'une opération quelconque, aucun précepte fixe ne pourrait être établi : celui cependant que je viens d'indiquer me paraît devoir rester; il pourrait être formulé ainsi : toutes les fois qu'un corps étranger introduit dans le rectum donnera lieu dans les efforts d'extraction à de vives douleurs, soit par sa direction, soit par son volume, on essaiera de le retourner sur lui-même de manière à présenter à l'orifice inférieur la portion la plus étroite, ou celle qui s'engagerait le plus facilement. Il faut toujours se rappeler dans des cas de ce genre la forme de l'intestin, le rétrécissement qui le termine supérieurement, et la dilation ou l'évasement qu'il présente en haut.

Si déjà de l'inflammation s'était développée, ou que d'imprudentes manœuvres eussent été pratiquées, l'injection d'huile deviendrait fort utile en lubréfiant les parties, en

facilitant leur extensibilité et le passage du corps étranger ; absolument comme on le fait dans l'accouchement, pour rendre plus facile le passage du fœtus à travers le vagin et la vulve.

Je ne doute pas qu'en suivant le précepte que je viens d'indiquer, c'est-à-dire en retournant le corps étranger, cette fameuse queue de cochon, extraite par Marchettis, n'eût pu facilement être amenée au dehors sans qu'il eût été nécessaire de nouer un fil sur son extrémité inférieure, afin de glisser sur elle une canule de roseau qui l'isolât des parois organiques en lui formant une espèce de gaîne. Les poils préalablement coupés n'arc-boutaient plus alors contre les parois de l'intestin, mais retournée dans un autre sens elle se serait dégagée avec la même facilité qu'elle avait été introduite.

Au reste, cette méthode n'est pas toujours applicable, soit à cause du volume, soit par la position même du corps étranger : il faut se rappeler qu'on pourra, au besoin, le briser et l'extraire par fragments. M. C. Manunta, chez un jeune étudiant qui s'était introduit une tasse à café dans le rectum, se servit d'un lithotriteur pour la broyer (Gaz. méd. 1838, p. 185).

M. Velpeau propose l'emploi d'une scie étroite, protégée par un gorgeret et l'indicateur, dans le cas de tige de bois, de corne, d'ivoire, fixée en travers sur chaque paroi du rectum ; ce moyen pourrait en effet réussir, mais les tenailles incisives, ou les cisailles seraient peut-être plus utiles, vu la difficulté, l'impossibilité même de fixer exactement le corps soumis à l'action de la scie. Au reste, s'il s'agissait de morceaux d'acier, de fer, d'argent, il faudrait de toute nécessité recourir aux tenailles incisives.

Quant aux débridements et aux incisions de l'anus ou de l'intestin à une certaine hauteur, on ne devra y recourir qu'après avoir inutilement employé ces divers moyens. Ce n'est pas le lieu d'en traiter avec détail à propos d'un seul fait où il ne fut pas nécessaire d'y avoir recours ; on peut dire seulement qu'en général le point rétréci ou formant obstacle est surtout la portion inférieure du rectum; c'est donc sur elle qu'il faut spécialement agir avec l'instrument tranchant.

En général, presque toutes les manœuvres qu'exige l'extraction des corps étrangers du rectum, s'accompagnent de l'écoulement d'une certaine quantité de sang, rarement d'une hémorrhagie inquiétante. Cet écoulement sanguin est par lui-même fort avantageux : il produit un dégorgement des plus utiles; rarement il est nécessaire de recourir aux évacuations sanguines, locales ou générales. S'il y avait trop de douleur et d'irritation, les bains de siége avec des décoctions de plantes narcotiques, les grands bains tièdes, des lavements mucilagineux seraient indiqués. S'il survenait une inflammation franche, il faudrait se comporter comme dans la rectite, et s'assurer soigneusement qu'il n'est pas resté vestige du corps étranger dans le rectum, soit qu'il ait été brisé, soit qu'on ait lieu de supposer qu'il ne fût pas seul.

C. — *Corps étrangers de la vessie.*

Passe-lacet introduit dans la vessie par le canal de l'urètre, chez une femme, et extrait à l'aide du brise-pierre à percussion.

Il sera curieux de rapprocher des deux observations qu'on vient de lire, le fait suivant, relatif à un corps étranger métallique introduit dans la vessie chez une jeune fille,

et extrait avec le même bonheur sans qu'il fût nécessaire de recourir à une opération chirurgicale.

Observation V. Le 9 avril dernier, je reçus la visite d'une ouvrière âgée de vingt-trois ans, qui, après de longs préambules, m'avoua que, le matin même, elle s'était introduit un long passe-lacet dans les parties génitales. Livrée depuis quelques années à la funeste habitude de la masturbation, cette malheureuse en était venue à se servir d'instruments métalliques; l'un d'eux venait de lui échapper et de pénétrer dans la vessie. Elle souffrait de vives douleurs et désirait ardemment qu'on la soulageât par l'extraction du corps étranger. L'examen des parties extérieures de la génération, le toucher vaginal, le cathétérisme urétral ne me firent rien apprécier soit à la vulve, soit dans le vagin, ou à l'entrée du canal de l'urètre; une sonde de femme, en pénétrant dans la vessie, tomba sur un corps dur qui donna par le frottement et la percussion un bruit métallique : le passe-lacet était donc dans la vessie, il s'agissait de l'extraire.

Connaissant toute la dilatabilité du canal de l'urètre chez la femme, je songeai d'abord à y introduire des pinces à pansement ordinaire, pour aller saisir et amener le corps étranger; mais je ne pouvais serrer les mors de la pince qu'en saisissant en même temps une portion de la muqueuse, et je n'amenai rien, malgré des tentatives réitérées faites avec ménagement et attention; j'y renonçai bien vite.

L'idée me vint de recourir au lithotriteur de M. Heurteloup; j'en avais un dont les branches fortement dentées, point trop volumineuses, glissaient facilement l'une sur l'autre, ce dont je m'assurai de prime à bord, en rendant

ce mouvement plus aisé, avec quelques gouttes d'huile d'olive.

Une certaine quantité d'urine s'était écoulée pendant ces manœuvres, je n'en persistai pas moins dans l'emploi du lithotriteur. Introduit bien graissé, il tomba sur la tige métallique; le retournant ensuite de manière à placer le bec en bas, je l'ouvris et m'efforçai, mais inutilement, de la saisir. Je l'ouvris alors avant de l'avoir complètement retourné; puis dirigeant l'ouverture des branches en bas, j'appuyai sur la branche mobile, et je reconnus un écartement de trois millimètres. Le corps était saisi; dès-lors, il ne restait plus qu'à l'amener au dehors. J'étais décidé à tirer avec quelque violence, au besoin à inciser pour en faciliter la sortie; mais en relâchant légèrement les branches, j'eus moins de peine à l'extraire, et bientôt, à la grande satisfaction de la malade et du chirurgien, le passe-lacet était sorti.

Durant toutes ces tentatives qui exigèrent près de vingt-cinq minutes, il ne s'écoula qu'un peu de sang; la malade supporta ces manœuvres avec courage; je lui conseillai le repos, un bain tiède dans le jour; j'ai su depuis qu'elle se trouvait très bien, mais je ne l'ai pas revue.

Le passe-lacet a soixante-seize millimètres de longueur; il est légèrement noirci, mais point oxidé, aucun dépôt alcalin ne s'est fait à sa surface, ce qui n'a rien d'étonnant, vu le peu de temps qui s'est écoulé entre le moment de son introduction et celui de son extraction.

Je fixerai l'attention sur deux points seulement du manuel opératoire qu'a exigé la sortie de ce corps étranger.

1°. Dans le principe il m'était impossible de le saisir,

lorsque je n'écartais les branches de l'instrument qu'après avoir retourné en bas, leur extrémité recourbée, alors je repoussais en avant le passe-lacet au lieu de le saisir; dès l'instant que j'ai opéré l'écartement avant d'exécuter le mouvement de rotation, les branches se sont présentées à la tige de fer dans un rapport tel qu'en le resserrant elles en ont saisi et pu maintenir l'extrémité qui les séparait.

2° A mesure que je faisais des efforts pour l'extraire, le passe-lacet, pressé d'avant en arrière, tendait à se placer transversalement, c'est-à-dire perpendiculairement à l'axe du lithotriteur, avec d'autant plus de force que j'en employais davantage à maintenir le rapprochement des branches; en les éloignant, tout en continuant à tirer à moi, il put se placer obliquement, dans une direction très-rapprochée de celle de l'instrument cotracteur. Cette petite manœuvre, qui n'est rien en apparence, me demanda beaucoup de temps et quelque peine.

J'ai pensé que cette observation pourrait offrir de l'intérêt aux chirurgiens, en leur fournissant quelques indications opératoires dans le cas où un semblable accident se présenterait dans leur pratique; comme rien de bien précis n'est formulé sous ce rapport, par les auteurs classiques, il importe de s'attacher aux cas spéciaux, de les bien étudier et de leur demander des principes de conduite.

Il serait facile d'établir de nombreux rapprochements entre les faits consignés dans les auteurs (DE LAMOTTE, MORGAGNI, BENIVIENI, CHOPART, etc.; ceux qu'on trouve dans la Gazette médicale avril et mai 1840, etc.), et l'observation que je rapporte.

Je me bornerai en finissant à appeler l'attention sur l'a-

vantage incontestable des instruments de lithotritie, sur la nécessité de choisir ceux à percussion, plus simples, plus faciles à manier, ou la pince de Hunter, qui pourrait offrir quelque avantage; sur l'urgence de l'opération, avant que les contractions de la vessie, les mouvements des malades, aient changé la position du corps étranger, et aussi avant que les dépôts formés par les sels de l'urine n'aient augmenté son volume au point d'en rendre l'extraction plus difficile, ou impossible, sans incision.

C'est par ce motif que l'exploration doit être faite avec le plus grand soin, avec le doigt ou la sonde; et c'est pour cela aussi qu'il ne faut pas se hâter de prononcer qu'il n'y a rien, lorsqu'un examen superficiel n'a rien fait découvrir.

III.

DES TUMEURS NERVEUSES SOUS-CUTANÉES

ET DE LEUR TRAITEMENT

Depuis les leçons de DUPUYTREN, sur une espèce particulière de tumeurs fibro-celluleuses enkystées, de nouveaux faits ont été publiés sur cette maladie, qui d'abord, avait très-peu fixé l'attention des chirurgiens. Nous-mêmes avons eu récemment l'occasion de pratiquer une opération pour un cas de ce genre. Peut-être quelques réflexions, appuyées sur ces observations récentes, ne paraîtront-elles pas tout à fait dépourvues d'intérêt.

Après Antoine PETIT (Discours sur la douleur), CHESELDEN (Anatomy, page 135), CAMPER (Démonst. Anat. path. lib. 1, page 11); CHAUSSIER (Table synoptique de la

névralgie), et DENOT (Thèse sur les affections locales des nerfs, Paris 1822), le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, poussant plus loin ses recherches, s'assura que les tumeurs, dites nerveuses, étaient tout à fait étrangères aux nerfs. « Il en disséqua plusieurs avec un soin minutieux sur les cadavres, et pour mieux m'assurer de leur nature, dit-il, j'ai, en les extirpant, enlevé avec elles une assez grande quantité de tissu cellulaire chez des individus courageux, et jamais je n'ai vu le plus petit filet nerveux adhérer à leur surface. Leur tissu est évidemment fibro-celluleux, un peu albumineux, et, avec le temps, il devient squirrheux. » DUPUYTREN, leçons orales, t. IV, p. 417.

Ces tumeurs, continue M. DUPUYTREN, dont le siége est le plus souvent dans le tissu cellulaire, sous-cutané ou sous-aponévrotique, peuvent aussi se développer dans d'autres parties; j'en ai observé dans la mamelle; elles se présentent sous la forme de grains de blé, de café, de pois, quelquefois oblongues; elles sont aussi lenticulaires, aplaties, n'acquièrent jamais un plus grand volume que celui d'une petite fève de marais; leur extérieur est lisse et opaque, elles sont dures; leur tissu est homogène, d'un blanc terne, sans vestiges de cavités ni de cloisons, d'une consistance fibreuse, fibro-cartilagineuse. Elles paraissent formées de plusieurs couches concentriques unies entre elles par un tissu cellulaire dense et serré, surtout dans les couches les plus extérieures. L'ongle, enfoncé dans l'épaisseur de ce corps, fait entendre un léger craquement; il est recouvert d'une enveloppe opaque, dense, fibro-celluleuse, véritable kyste qui s'oppose à son développement, et détermine probablement les vives douleurs que ressentent les malades.

Les femmes y sont plus sujettes que les hommes, ainsi que l'avait établi DUPUYTREN. Dans les deux observations de M. SYME (The Edimburg medical journal, et Gaz. méd. de Paris, 1836, p. 842), il s'agit de deux femmes. Des trois malades opérés par M. WILMOT (Dublin, medical press. et Gaz. medic., 1839), deux appartenaient au sexe féminin. Les détails manquent sur le sujet de la troisième observation. M. VELPEAU (Médecine opératoire, tome III, névrômes), cite plusieurs opérations de névrôme pratiquées chez des femmes, dans le rapport de cinq à une. M. VARREN (Surgical observations on tumours), cite trois faits, dont deux relatifs à des hommes; mais la nature névrômatique de la tumeur ne nous a pas semblé parfaitement demontrée dans l'un de ces cas.

Quoi qu'il en soit de cette prédisposition plus marquée chez les femmes, et d'autres causes fort peu connues jusqu'à présent, tous les observateurs sont d'accord 1° sur le développement très-lent de ces tumeurs, qui n'acquièrent presque jamais qu'un très-petit volume; 2° sur l'intensité des douleurs auxquelles elles donnent lieu; 3° sur l'impossibilité d'une résolution spontanée; 4° sur l'inefficacité des moyens locaux autres que l'opération; 5° sur la cessation complète des accidents obtenus par ce dernier moyen.

Ces tumeurs peuvent-elles se ramollir au bout d'un certain temps, s'altérer, éprouver une dégénération cancéreuse? DUPUYTREN le pensait; il signale cette tendance au ramollissement, et ajoute que, lorsqu'elles ont dégénéré, la maladie se reproduit dans les ganglions lymphatiques voisins si on les extirpe. Il en enleva une à la partie supérieure du bras; déjà elle était ramollie;

au bout de quelque temps, les glandes lymphatiques de l'aisselle s'engorgèrent et le mal repullula. (Leçons orales loc. cit., p. 422).

M. WARREN rapporte l'histoire d'un homme âgé de soixante-deux ans, auquel il fallait pratiquer l'amputation de la jambe au dessus du genou, pour une ulcération cancéreuse consécutive à une petite tumeur dure et très-douloureuse, développée sous la peau sept ans auparavant. Les caustiques, auxquels on eut recours, paraissent avoir favorisé la tendance à la dégénérescence et à l'ulcération. L'opération eut un plein succès. (Warren, Loc., cit., p. 61).

L'extirpation faite de bonne heure, avant le passage à l'état squirrheux, avant le ramollissement et l'ulcération, est donc le meilleur moyen proposé à cette affection. Dès qu'elle est pratiquée, les douleurs cessent, les malades retrouvent le sommeil, et la cicatrisation se fait, en général, avec une grande rapidité.

La guérison a été complète dans les cas rapportés par MM. SYME et WILMOT, et la réunion s'est toujours faite très-rapidement ; une seule fois (Wilmot, obs. 111), les douleurs ont persisté deux jours après l'opération, mais la guérison n'en a pas été moins solide.

M. VELPEAU (Loc. cit., p. 117), dit avoir enlevé une tumeur névrômatique sur une dame qui se plaignait de douleurs très-vives entre la dixième et la onzième côte ; l'année suivante, un nouveau névrôme s'était développé à un pouce au-dessous et en arrière du premier ; l'opération et ses suites ont été les mêmes, et la malade était, deux ans après, à l'abri de nouvelles souffrances sous ce rapport.

La rareté des récidives après l'opération est donc aussi

spéciale à cette variété de tumeurs, que la fréquence de la reproduction aux affections de nature vraiment cancéreuse, ce qui doit, avec d'autres raisons tirées des caractères anatomo-pathologiques, établir entre elles une différence essentielle; mais aussi, la possibilité d'une transformation squirrho-cancéreuse doit engager à pratiquer de bonne heure l'excision des tumeurs douloureuses sous-cutanées, dès que leur nature se trouve reconnue, et qu'il demeure bien démontré que tous les calmants et résolutifs ordinaires n'avaient par cela même aucune action.

Le procédé généralement mis en usage par DUPUYTREN, et par ceux qui, depuis lui, ont eu cette opération à pratiquer, consiste tout simplement dans une incision de longueur suffisante faite au niveau de la tumeur, et comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; le chirurgien, alors, accroche le petit corps fibro-celluleux avec une érigne, la fait soulever par un aide, tandis qu'il dissèque sur les côtés, et commence à la détacher par en haut, afin, dit M. VELPEAU, en séparant le nodus des centres nerveux, d'éteindre les irradiations douloureuses quelquefois insupportables, que l'on causerait sans cela avant d'avoir terminé l'opération. (Loc. cit., p. 107).

On recommande généralement d'enlever par précaution une couche assez épaisse de tissu cellulo-graisseux avec le névrôme. MM. SYME et WILMOT n'ont pas suivi ce conseil dans les cas qu'ils rapportent. DUPUYTREN n'en dit rien dans les observations consignées dans ses leçons orales. Je ne m'y suis pas conformé dans le fait que je rapporterai plus bas, et je n'ai pas eu lieu de m'en repentir.

Il n'est jamais nécessaire de pratiquer ni la ligature, ni la torsion, ni même une légère compression pour arrêter

sommeil et n'a plus la moindre douleur. Je l'ai revue il y a quelques jours, la guérison est tout aussi solide.

Examinée immédiatement après l'opération, la tumeur, du volume d'une petite noisette, présente à l'extérieur une première couche tomenteuse, formée d'un tissu cellulaire lâche, rougeâtre, pénétré de vaisseaux capillaires, puis une coque fibreuse, envoyant à l'intérieur des prolongements qui renferment un suc gélatineux, dont la dessication laisse à la tumeur l'aspect d'une coque pure et solide; le tissu en était dur et criait sous le scapel. Je n'ai pu y rencontrer la plus légère trace de ramuscules nerveux.

Ainsi donc : lenteur du développement, obscurité d'origine, acuité et fréquence des douleurs, résistance aux moyens calmants ordinaires, tels furent les caractères de cette maladie au début, et ils se continuèrent plus tard. La peau resta saine jusqu'à la fin, ce qui arrive presque toujours dans ce cas, et la tumeur, logée comme dans une sorte de niche, put être facilement extraite sans dissection. Je dois dire que la section médiane favorise singulièrement cette énucléation; je la proposerais même pour tous les cas, en rappelant que pour certaines loupes, et pour quelques tumeurs lymphatiques ou tuberculeuses, elle rend l'extirpation très-facile. J'en ai vu plusieurs exemples, soit dans le service chirurgical de M. Velpeau, à la Charité de Paris, soit dans celui de H. Bonnet à l'hôtel-Dieu de Lyon.

La réunion immédiate eut lieu sans la moindre entrave, et je crois qu'une dissection prolongée et trop minutieuse pourrait y mettre obstacle ; nouveau motif pour préférer cette facile énucléation.

J'avais l'intention de parler, à propos des tumeurs ner-

veuses ou névrômes sous-cutanés, d'une petite tumeur de la peau, qui donne lieu à de très-vives douleurs et que quelques auteurs m'ont paru, à tort, confondre avec cette maladie; mais je préfère y revenir plus longuement dans une note spéciale sur ce sujet.

IV.

DU TRAITEMENT

DE LA HERNIE OMBILICALE CHEZ LES ENFANTS,

PAR LA LIGATURE.

La hernie ombilicale chez les enfants ne constitue pas dans le plus grand nombre des cas une infirmité grave ou difficile à guérir. Le retrait de l'anneau fibreux qui laissait passer le cordon ne tarde pas à s'opérer complètement, et bientôt, que le petit malade ait porté un bandage ou qu'il ait été abandonné à lui-même, la tumeur ne se reproduit plus et la hernie se trouve radicalement guérie. Dans quelques cas cette marche heureuse ne s'établit pas d'elle-même, les mouvements de l'enfant sont si violents, si multipliés que toute espèce d'appareil est promptement déplacé, ou bien les matières fécales, l'urine le salissent continuellement, le rendent plus difficile à supporter, en maintenant la peau dans un état permanent d'irritation et d'ulcération; c'est alors, je crois, qu'il est permis de recourir à l'emploi de la ligature, moyen déjà ancien, puisque Celse parle d'un procédé qui s'en rapproche beaucoup, et qui consistait à placer les téguments entre deux plaques de bois, et à comprimer comme avec des morailles, jusqu'à ce qu'ils fussent gangrénés (*Celsi de re medicâ, lit. VII sect. XIV.*)

La ligature appliquée à la cure radicale de l'exomphale a été depuis lors pratiquée ou au moins rappelée par tous les auteurs; remise en honneur par DESAULT, elle a plusieurs fois réussi entre les mains de M. MARTIN (jeune) de Lyon, l'un de nos prédécesseurs à l'hôpital de la charité.

Dans un mémoire plein de vues pratiques, adressé à la société de médecine de Paris le 23 Avril 1811, l'auteur rappelle les résultats qu'il a obtenus et les appuie sur trois faits bien circonstanciés qui terminent son intéressant travail. Les conclusions favorables à l'opération furent vivement attaquées et dans le sein de la société de Lyon et dans la société de médecine de Paris. On cita des guérisons de hernie ombilicale par de simples bandages, d'autres survenues spontanément; on parla de la récidive après l'opération, et l'on insista sur les dangers que celle-ci pouvait entraîner après elle ; mais l'on fut trop exclusif dans un autre sens; car de ces deux opinions opposées il pouvait résulter peut-être un parti mixte, celui de recourir à l'opération dans quelques cas exceptionnels ; c'était, il est vrai, toute une catégorie de faits non pas à créer, mais à rechercher. Le rédacteur essaya de concilier les deux points de vue extrêmes, et dans une note au mémoire de M. GÉRARD, ancien membre du collége des chirurgiens de Lyon, il s'exprime ainsi : « Cependant si la guérison n'ar-« rive pas d'elle-même, et si les moyens compressifs ou « astringents ayant été jugés inutiles ou impraticables, on « se décidait à l'opération, le mode d'opérer choisi par » M. MARTIN serait préférable à celui de DESAULT, etc. (journal de Médecine, Tom. XLI, page 280).

M. le professeur VELPEAU dans son Traité de médecine opératoire ne manque pas de revenir sur cette question,

qu'il considère comme prématurément résolue. Seulement il paraît effrayé des dangers de la ligature de la hernie ombilicale; il redoute la péritonite, il craint de pincer quelques portions de viscères, et finit par ces mots : « Cette « opération ne mérite guère d'être rappelée de l'oubli où « elle est tombée. » (VELPEAU méd. opér. Tom. 4, p. 38, 2e. édition. Paris 1839.)

Les choses étaient là dans mon esprit lorsqu'au commencement de Janvier dernier un enfant de huit mois me fut amené, porteur d'une hernie ombilicale ; je proposai un bandage ; on se refusa à le placer ; car déjà le petit malade en avait porté plusieurs sans le moindre avantage. Je parlai de la possibilité d'une opération, la pensée en fut accueillie avec faveur ; je l'ai pratiquée et jusqu'à présent le succès obtenu ne s'est pas démenti. Je vais donner ce fait tel que je l'ai observé, et sans y attacher plus d'importance que n'en mérite un fait isolé ; j'espère qu'il en acquerra par les réflexions ou les observations qu'il pourra provoquer de la part des chirurgiens.

OBSERVATION. — *Hernie ombilicale chez un enfant de huit mois; inutilité des moyens contentifs; ligature, guérison.*

OBSERVATION VII. Louis BONNARD, âgé de huit mois, né à Lyon de parents sains et bien portants, mis en nourrice à Villeurbanno, a toujours joui d'une bonne santé. On s'aperçut, quelques jours après sa naissance, qu'une tumeur paraissait dans la région ombilicale lorsqu'il criait, toussait ou faisait quelques efforts. L'existence de cette tumeur qui a toujours été allongée, portait à penser que le cordon avait été mal lié, ou lié trop loin de l'ombilic. De bonne heure, on essaya de la réduire et de la maintenir réduite à l'aide d'un bandage ; d'abord c'était une simple

pelotte, puis un appareil plus compliqué muni d'une petite saillie recouverte de peau et qui pénétrait dans l'anneau. Ces divers moyens continués pendant plusieurs mois et très-difficilement supportés n'ont pas amené la plus légère amélioration, bien loin de-là. La hernie se reproduisait facilement devant moi, et figurait un doigt de gant de près de six centimètres de longueur et de trois centimètres de diamètre à sa base qui était plus rétrécie que la portion libre. Cette tumeur s'érige dans les mouvements de l'enfant, devient dure, tendue; elle rentre quand on le fait coucher sur le dos, en rapprochant les cuisses du bassin et du ventre, et s'aidant d'une légère pression des doigts. Il est facile de reconnaître alors le pourtour lisse et régulier de l'anneau non oblitéré, le doigt s'y engage facilement, on ne sent pas d'artère battre dans le voisinage. La peau qui recouvre la hernie reste flasque et ne revient pas sur elle-même lors de cette réduction, elle se montre sous forme d'un appendice mou, dans lequel est renfermé probablement aussi le sac péritonéal. Nous fixâmes le jour de l'opération au 12 janvier; assisté de mon élève, M. Lacour, interne des hôpitaux, j'y procédai de la manière suivante : l'enfant est tenu à la renverse sur les genoux de sa nourrice qui lui maintient les bras et relève en même temps les membres inférieurs sur le ventre, il est facile alors de réduire complètement la hernie. Je m'assure en même temps et à plusieurs reprises, en frottant les parois du sac l'une contre l'autre, entre le pouce et l'indicateur de chaque main, qu'aucune portion d'intestin ni d'un autre viscère ne se présente à travers l'anneau. Continuant à presser les enveloppes extérieures de la tumeur, je fais glisser mes doigts jusqu'à la naissance de l'anneau et même au de-là, laissant

entre mes deux pouces un petit intervalle dans lequel mon aide fait passer une forte aiguille droite entraînant après elle un fil ciré double; il ne fallut pas un grand effort pour lui faire parcourir ce trajet singulièrement diminué par la pression. Séparant alors les fils, nous nouâmes chacun d'eux isolément sur la moitié du pédicule correspondant, et nous entourâmes le tout d'un troisième fil ciré, que l'on serra avec force. L'enfant ne parut pas souffrir beaucoup pendant toutes ces manœuvres : la constriction avec les fils parut plus douloureuse que la piqûre de l'aiguille. Nous le laissâmes repartir sans aucun appareil qu'un linge fin appliqué sur la tumeur. La première nuit fut un peu orageuse, l'enfant dormit peu, cria beaucoup; mais les jours suivants, à part un peu de chaleur vers le soir, et moins d'appétit, (il demande plus rarement le sein); aucun changement ne fut observé dans le reste de ses fonctions. Les selles étaient régulières, il n'y eut point de vomissement. Le sommeil fut bon.

Le 20, la tumeur est gonflée, noire, dure, et commence à répandre une odeur très-fétide; déjà il s'établit à sa base un cercle inflammatoire, et un léger suintement séro-purulent. Le tissu cellulaire sous-cutané et sous-péritonéal dans la direction de l'anneau semble pénétré de fluide, il est empâté, dur; il existe profondément un véritable engorgement.

21, 23, 28. La tumeur ne se détache pas en entier, mais il en tombe une couche noirâtre tres-fétide, qui laisse à nu une autre surface recouverte de granulations rougeâtres; celles de la circonférence semblent avoir déjà contracté des adhérences avec les chairs qui s'élèvent du sillon environnant la base de la tumeur, dans le point où la ligature

avait déterminé une inflammation ulcérative; cette circonstance motiva l'application d'une nouvelle ligature par dessus les premières qu'on put amener facilement. — Du 28 janvier au 10 février, le tout se détache, il reste un petit ulcère large comme une pièce de cinquante centimes, rendant un pus louable et reposant sur une base toujours indurée. L'enfant m'a été ramené plusieurs fois depuis ce temps, et en dernier lieu le 24 mars, deux mois et douze jours après l'opération. Il n'y avait plus ce jour-là qu'une surface de l'étendue d'une lentille, ne donnant qu'un léger suintement collant à peine les linges.

L'anneau paraît oblitéré, et bien que l'engorgement sous-jacent soit beaucoup moins marqué, la hernie ne se reproduit plus; depuis le jour où la ligature a été appliquée jusqu'à présent, la tumeur ne s'est pas montrée une seule fois, quels que fussent les efforts et les cris de l'enfant.

Le pansement a été fort simple; il consistait les premiers jours en une compresse fine enduite de cérat et un bandage roulé, fendu en boutonnière au niveau de la tumeur, de manière à pouvoir la laisser passer sans la comprimer, tout en appuyant sur la base et la circonférence de l'anneau. Je fais porter encore aujourd'hui une petite ceinture de toile, pressant sur l'ombilic et retenant une compresse en plusieurs doubles, imbibée de vin aromatique. L'enfant est gai, bien portant. Dernièrement, il a toussé assez fréquemment pendant quelques jours, un instant même sa nourrice crut qu'il avait la coqueluche, et la hernie n'a pas reparu.

Le procédé auquel j'ai donné la préférence est celui de

THEVENIN (1), employé avec succès par M. MARTIN, qui le décrit tel qu'il le modifia légèrement par l'addition de la ligature totale. « La seconde *manière*, dit THEVENIN, se fait en cette sorte : ayant fait exercer et tousser le malade pour grossir la tumeur, on fait un circuit ou marque à sa base avec de l'encre ou un crayon, afin qu'il ne reste rien de la tumeur, et le malade étant situé à la renverse on réduit l'intestin, puis on élève la cavité du nombril au travers de la base duquel on passe une aiguille enfilée d'une petite ficelle double, que l'on coupe proche la tête de l'aiguille, et on serre les chefs étroitement d'un et d'autre côté, afin que ce qui est embrassé par la ligature soit coupé; de cette même façon on lie le staphylome. » (Les œuvres de Maître François THEVENIN, chirurgien ordinaire du Roi, et juré à Paris, in-4° Lyon, MDCXCI).

La première *manière* de THEVENIN, de lier l'exomphale, est le procédé suivi par DESAULT; il ne diffère pas des ligatures simples en masse, des polypes et des tumeurs en général; la troisième manière ne diffère de la seconde, qu'en ce qu'on traverse la base de la tumeur avec deux aiguilles, au lieu de n'en employer qu'une seule : « Elle se pratique, dit THEVENIN, aux grands exomphales. » loc. cit., p. 23. Il y ajoutait une incision à la base de la tumeur.

Son quatrième procédé qui rappelle l'ingénieuse opération de M. BONNET de Lyon, pour la cure de la hernie

---

(1) Celse a décrit le premier le procédé dit de Thevenin : « A quibusdam ad imum acu trajectâ duo lina ducente, deinde utriusque lini duobus capitibus diversæ partes adstrictæ; quod in uvâ quoque oculi fit; nam, sic, id quod supra vinculum est moritur.

C. Celsi, *De re medicâ*, lib. VII, sect. XIV.

inguinale, est ainsi décrit par THEVENIN : « La quatrième et dernière manière est la plus sûre : ayant passé deux aiguilles en croix au milieu de la base de la tumeur et fait une incision comme il a été dit, on fait le lacq appelé *loup* au-dessous des aiguilles que l'on laisse dans la plaie jusqu'à ce que la ligature ait coupé ce qu'elle a embrassé, garnissant leurs extrémités de petites compresses, crainte qu'elles ne blessent. Il faut observer de faire retenir l'haleine au malade devant que de faire la ligature, crainte que l'intestin ne s'y trouve enfermé : d'autres ouvrent le fond de la tumeur afin de s'en assurer : que si l'intestin s'y trouve, on le repousse au-dedans ; après on fait la ligature, et par dessus on applique des astringents et anodins avec un bandage convenable. »

Je me borne à des citations qui montreront déjà combien nous avons peu à trouver sous le rapport de ce procédé mécanique ; il s'agit seulement dans ce cas, comme dans une foule d'autres, de faire quelques modifications secondaires appropriées aux circonstances spéciales ; mais il faut surtout bien déterminer ces dernières.

Je fixerai l'attention sur quelques points seulement des suites de l'opération.

Le peu d'accidents généraux développés par la ligature n'est pas une chose qui doive surprendre, une foule d'autres faits analogues, ceux de SAVIARD, de DESAULT, les observations de M. MARTIN attestent que c'est la règle générale.

On ne saurait faire trop remarquer le gonflement inflammatoire sous-cutané qui se développe autour et au-dessous de la ligature, c'est un point capital dans l'opération, car c'est lui qui en assure le succès. Ne voit-on pas là l'é-

panchement de lymphe plastique qui fait adhérer les parois opposées du sac, qui raréfie les couches sous-jacentes qui oblitère en un mot l'anneau fibreux ? Mais, c'est une obturation temporaire analogue au moyen d'union provisoire des os ; bientôt à mesure que la resorption s'en opère, les ouvertures fibreuses se retrécissent, et lorsque les fausses membranes parcourant leurs diverses phases d'organisation sont devenues fibro-celluleuses, l'ouverture qui livrait passage aux intestins n'existe plus qu'à l'état rudimentaire.

Les moyens compressifs extérieurs secondent l'action de cet appareil contentif tout organique, la rétractilité des tissus fait le reste.

N'est-ce pas un chose digne d'attention que cette chute en deux temps de la tumeur étranglée qui se dépouille d'abord de son enveloppe cutanée mortifiée la première, et qui se revivifie en quelque sorte par l'organisation de la lymphe plastique épanchée sous la séreuse, et par l'adhérence de bourgeons celluloso-vasculaires qui y végètent si promptement ? D'où la nécessité imprévue d'une nouvelle ligature, d'une nouvelle douleur, mais, sans comparaison plus faible que celle déterminée par la constriction de la peau.

Je m'arrête à ces quelques réflexions, ne voulant point à propos d'un seul fait, établir des conclusions générales et des règles pratiques ; d'autres faits me permettront sans doute de toucher plus largement à ce point intéressant de l'histoire des hernies, lorsque la date de l'opération étant plus ancienne, nous pourrons plus sûrement en considérer le succès définitif.

RAPPORT SUR UNE ÉPIDÉMIE DE DYSENTERIE,

QUI A RÉGNÉ DANS L'ARRONDISSEMENT DE LOUDUN, PENDANT LES MOIS DE SEPTEMBRE, OCTOBRE ET NOVEMBRE 1841;

Par J.-T. MONDIÈRE D. M. P.

Membre de plusieurs Sociétés savantes, correspondant de l'Académie royale de médecine, médecin des épidémies, etc.

A peine l'arrondissement de Loudun avait-il vu disparaître les derniers cas de la scarlatine épidémique dont j'ai donné la description dansl'avant dernier cahier de la *Revue médicale*, que bientôt apparut parmi nous une épidémie de dysenterie, qui, pour ne pas avoir eu une durée aussi longue que celle qui l'avait précédée, n'en a pas moins fait un assez grand nombre de victimes, tant à Loudun même que dans les villages environnants.

Cette épidémie, qui n'a guère sévi que pendant deux mois, des premiers jours de septembre à la mi-novembre, a présenté dans sa marche, ses symptômes et surtout son traitement, quelques particularités que je crois utile de faire connaître, et sur lesquelles je m'appesantirai, surtout dans l'historique que je vais présenter de cette maladie.

Histoire de la maladie. — J'ai déjà dit, dans mon rapport sur la scarlatine épidémique, quelles avaient été les circonstances atmosphériques qui s'étaient présentées, et les diverses maladies intérieures qui s'étaient montrées pendant toute la durée de cette épidémie. Mais une circonstance sur laquelle je ne me suis pas peut-être assez arrêté, parce qu'alors elle ne me présenta pas tout l'intérêt que j'ai dû y rattacher plus tard, c'est que, vers la fin de cette épidémie, s'étaient montrés quelques embarras gastro-intesti-

naux, des cours de ventre bilieux, et quelques fièvres typhoïdes légères, mais avec évacuations alvines très fréquentes et très fétides. Telle était, depuis quelque temps, la constitution médicale de Loudun et de ses environs, lorsque surgirent tout-à-coup parmi nous les premiers cas de dysenterie, qui se multiplièrent beaucoup en quelques jours; et ces quelques jours suffirent à l'épidémie pour atteindre son *summum* d'intensité, comme si elle devait subordonner la rapidité de sa marche à la courte durée qui lui était réservée. J'ajouterai que chaque année, comme je l'ai établi dans un mémoire publié il y a trois ans, nous observons ici vers les mois d'août, septembre et octobre, un nombre plus ou moins grand de cas de dysenterie sporadique, sans qu'il me soit possible d'assigner à ces dysenteries d'autres causes bien appréciables que les chaleurs de l'été et surtout de l'automne, ainsi que les nuits froides et quelquefois humides qui, souvent alors, succèdent à des journées sèches et brûlantes. Les mêmes causes ont également agi dans l'épidémie qui vient de sévir parmi nous, comme je vais tâcher de le démontrer.

Causes prédisposantes. — J'ai déjà dit, dans mon précédent rapport, que, pendant presque toute l'année, la température et l'état atmosphérique avaient été extrêmement variables, et, qu'après quelques jours de chaleur et de sécheresse, survenaient tout-à-coup des temps froids et humides. Cette même constitution atmosphérique existait encore au mois de septembre, lorsque parut l'épidémie de dysenterie. En effet, au commencement de ce mois, à une chaleur excessive, puisque le thermomètre centigrade monta et se maintint pendant quelques jours à 30 degrés au-dessus de 0, succéda brusquement une température

froide et humide qui a depuis constamment régné pendant toute l'épidémie.

Nous ne pouvons raisonnablement, comme l'ont fait quelques auteurs qui ont décrit des épidémies de dysenterie, alléguer l'usage imprudent de fruits de mauvaise qualité ; car le pays que nous habitons est peu fourni d'arbres fruitiers, et d'ailleurs, cette année, les quelques plantations de pommiers qui existent n'ont donné que très peu ou point de fruits. Quant à la vendange, beaucoup trop tardive cette année, elle n'était pas assez avancée à l'époque où parut l'épidémie, pour que les malades aient pu faire un usage nuisible du raisin. Ici donc encore, la véritable cause du germe épidémique nous échappe. Car, dans les campagnes environnantes, nous trouvons aisance et propreté, ni étangs ni marais, et dans la ville, aucune manufacture, aucune industrie nécessitant dans un espace resserré l'agglomération d'un grand nombre d'individus, toutes circonstances qui ont été souvent le point de départ d'épidémies meurtrières de dysenterie.

Mais si l'influence première sous laquelle s'est montrée l'épidémie que je viens d'observer, échappe entièrement à notre investigation, il n'en est pas moins certain que, dans quelques cas, il nous a été possible de remonter à la connaissance de quelques causes efficientes ou déterminantes. Ainsi, nous avons vu une femme, qui a succombé, être prise de dysenterie le lendemain même du jour, où elle avait mangé, presque sans pain, une grande quantité de melon de mauvaise qualité ; chez quelques individus, d'autres écarts de régime, l'impression d'un vent froid et humide, alors qu'ils étaient couverts de sueur, ont bien évidemment entraîné le développement de la maladie.

Les enfants et les femmes ont été principalement atteints dans cette épidémie ; quelques vieillards, et cela surtout dans les campagnes, en ont été frappés. Mais la classe riche a été complètement épargnée, sans que l'on puisse trouver une raison bien valable pour expliquer cette exception. Nous ne répéterons point ici les raisons que nous avons données ailleurs de cette exception qui s'est également rencontrée dans l'épidémie de fièvre typhoïde qui régna ici en 1834. Voyez la description que j'ai donnée de cette dernière épidémie dans le journal hebdomadaire et des progrès des sciences médicales (1835, t. I, p. 105).

Symptômes. — La marche qu'a suivie l'épidémie, nous oblige à ranger nos malades en deux grandes catégories, basées, non pas comme l'ont fait quelques écrivains sur la gravité apparente des accidents, mais bien sur une autre circonstance, à savoir l'existence ou l'absence complète de la fièvre. En effet, parmi nos dysenteriques, les uns ont éprouvé de la fièvre pendant tout le cours de leur maladie, tandis que les autres n'ont pas offert le plus petit mouvement fébrile, bien que les coliques fussent aussi fortes, les selles aussi sanguinolentes.

Première catégorie. — La moitié au moins des malades que j'ai observés, appartiennent à cette première catégorie. Chez eux la dysenterie n'a jamais débuté brusquement, comme chez ceux de la seconde, et les selles sanguinolentes n'apparaissent qu'après quelques jours de malaise, de lassitude, d'une diarrhée bilieuse plus ou moins abondante. Ces malades n'ont pas éprouvé de fièvre, et n'ont jamais cessé ni de travailler ni de manger, bien que les ténesmes fussent assez violents, les évacuations dysenteriques fréquentes et accompagnées de tranchées. Dans le

commencement de l'épidémie, ces malades ont rarement réclamé les secours de la médecine, et si, plus tard, ils ont consulté quelque homme de l'art, c'est qu'alors ils furent effrayés de se voir atteints d'une maladie semblable à celle des personnes que la mort enlevait tout autour d'eux.

A cette première catégorie, appartiennent des individus de tout âge et de tout sexe. Chez quelques uns la maladie a eu une assez longue durée; chez d'autres, elle n'a pas dépassé cinq à huit jours. Nous avons vu plusieurs enfants âgés de cinq à dix ans, éprouver pendant un mois, six semaines, c'est-à-dire pendant presque toute la durée de l'épidémie, des tranchées plus ou moins fréquentes, des selles constamment sanguinolentes, sans présenter le plus léger mouvement fébrile, sans perdre l'appétit et sans que la santé générale ait paru en souffrir le moins du monde.

Le traitement mis en usage dans ces différents cas a peu différé de celui que nous avons employé dans les cas les plus graves, et presque toujours les accidents ont cessé en très peu de temps. Aucun des malades compris dans cette catégorie n'a succombé.

Deuxième catégorie. — Chez les malades de cette section, la dysenterie a suivi une toute autre marche.

Quelquefois, après un écart de régime, un refroidissement, mais le plus souvent sans cause bien appréciable, l'invasion était spontanée et avait lieu le plus ordinairement pendant la nuit. Les malades étaient tout à coup pris de selles abondantes et sanguinolentes, quelquefois composées de sang pur, d'une fétidité repoussante, s'élevant dès le principe à dix, quinze et même vingt par heure; presque en même temps survenaient des épreintes fortes et fréquentes, un ténesme continuel, des tranchées telle-

ment vives, que quelques malades ne pouvaient se redresser le tronc et restaient sans cesse accroupis sur le pot de nuit; bientôt l'anus devenait le siége d'une cuisson insupportable, et quelques malades allaient jusqu'à comparer les souffrances qu'ils éprouvaient à celle que produirait un fer rouge traversant la partie inférieure du rectum.

Les déjections alvines, abondantes d'abord, ne tardaient pas à diminuer de quantité, et souvent, après des efforts très douloureux et qui leur arrachaient quelquefois des cris, les malades ne rendaient qu'un peu de sang pur, ou de mucus sanguinolent. Au milieu des matières plus ou moins sanguinolentes, nageaient quelques flocons de diverses couleurs, et que l'on a comparés à de la lavure de chairs, à des râclures de boyaux. Dans ces cas graves, il y avait le plus ordinairement rétraction des parois abdominales, à travers lesquelles se dessinaient les bosselures du colon; dans d'autres cas, le ventre était légèrement balonné et constamment douloureux à la plus légère pression. Chez quelques malades, la douleur occupait tout le trajet du colon; chez d'autres l'S iliaque seule et la partie supérieure du rectum étaient douloureuses.

Très souvent l'estomac participait aux désordres du gros intestin, et la plupart des malades ont éprouvé des nausées fréquentes, et même des vomissements bilieux ou simplement muqueux. La langue a presque constamment été large, saburrale, sans sécheresse ni rougeur; la soif peu intense, et souvent les malades buvaient moins par soif que pressés par le désir de se rafraîchir la bouche qui était fade et pâteuse. Il a souvent existé du hoquet, sur-

tout chez les malades qui ont été gravement atteints, et principalement chez ceux qui ont succombé.

Les organes renfermés dans la poitrine n'ont nullement été influencés dans cette épidémie.

Du côté de la tête je n'ai observé, et encore pas chez tous les malades, qu'une céphalalgie sus-orbitaire qui m'a paru liée à l'état suburral des premières voies, et les malades mêmes qui ont succombé ont conservé leur intelligence intacte jusqu'au dernier moment.

Le trouble de la circulation n'a pas toujours été en rapport avec la gravité des symptômes. Ainsi, la fièvre n'a jamais été très forte, et rarement, chez les adultes, le pouls s'est élevé au-delà de cent à cent-dix pulsations. Assez résistant au début, le pouls ne tardait pas à devenir mou, dépressible, même chez les individus dans la force de l'âge et d'une bonne constitution, et cela après quelques jours de maladie, sans qu'on eût eu recours aux évacuations sanguines, auxquelles j'ai renoncé presque dès le début de l'épidémie.

Beaucoup de malades se sont plaints de dysurie et de douleurs dans la région vésicale. Chez eux, les urines étaient rendues goutte à goutte, et leur semblaient un liquide brûlant qui traversait l'urètre.

Du côté des membres, il y avait des lassitudes, des impatiences, et même, chez un petit nombre de malades, quelques crampes légères quoique assez douloureuses.

Chez les individus qui sont morts, les symptômes que j'ai décrits plus haut persistaient au même degré malgré tous les moyens, s'aggravaient même et ne tardaient pas à entraîner la mort au bout de huit à dix jours. Dès le quatrième ou cinquième jour, ils tombaient dans une pros-

tration des plus grandes, les extrémités devenaient froides, les évacuations involontaires, le ventre se rétractait et sa paroi antérieure semblait se coller contre la colonne vertébrale; le hoquet survenait, le pouls était petit, mou, très dépressible, et chez les deux seuls malades, sur trente, que j'ai perdus, j'ai vu la mort être annoncée quarante-huit heures à l'avance par l'apparition, d'abord à la face postérieure des lèvres, puis à la surface des joues et de la langue, d'une sécrétion pultacée assez abondante. Le même signe fâcheux s'est présenté à plusieurs de mes confrères.

Chez les personnes chez lesquelles la maladie s'est terminée par le retour à la santé, et elles ont été en très grand nombre, puisqu'il n'est guère mort qu'un malade sur douze ou quinze, on voyait les douleurs diminuer insensiblement, le sommeil reparaissait, les évacuations diminuaient en nombre et en quantité, elles devenaient de moins en moins sanguinolentes, pour être bientôt formées entièrement de matières liquides encore, mais jaunes ou vertes, dont la consistance augmentait graduellement jusqu'à ce qu'elles fussent revenues tout à fait à leur mode naturel, ce qui avait lieu en huit ou dix jours; le pouls perdait de sa fréquence, la peau s'humectait, les urines devenaient et plus claires et plus abondantes et étaient expulsées sans douleur.

Les rechutes ont été extrêmement rares, et pour ma part même, je n'en ai observé aucun cas. Je ne sache pas non plus que chez aucun malade la dysenterie soit passée à l'état chronique.

Influence épidémique. — Un grand nombre de personnes se sont ressenties de la constitution épidémique que nous

nes, une affection toujours franchement inflammatoire, les émissions sanguines seraient toujours indiquées et devraient réussir constamment. Il en est cependant tout autrement, et sans citer ici des épidémies dont la science possède déjà l'histoire, et dans lesquelles leur emploi ou n'a pas réussi, ou a même aggravé les accidents, je dirai que dans l'épidémie que je décris, elles ont été constamment nuisibles, soit en donnant plus d'intensité aux symptômes déjà fort graves, soit en accélérant une terminaison funeste, soit enfin en retardant la convalescence, par suite de la prostration des forces qu'elles avaient amenée.

Chez aucun malade, au moins parmi ceux qui ont réclamé mes conseils, il ne s'est présenté d'indication bien positive de recourir aux saignées générales; mais, dans le commencement, un pouls assez fort et résistant, des coliques violentes, des tenesmes sans cesse renaissant, l'augmentation des douleurs abdominales par la plus légère pression, des selles composées de sang pur ou presque pur, me parurent nécessiter l'emploi des sangsues soit à l'anus, soit sur le ventre, au nombre de douze à quinze. Mais je ne tardai pas à reconnaître que ces évacuations sanguines locales, non seulement étaient inutiles, puisqu'elles ne modifiaient en rien l'intensité des accidents, mais encore nuisibles, en amenant une prostration extrême et rapide des forces. Aussi j'y renonçai promptement, suffisamment éclairé par deux faits que je crois devoir consigner ici.

Madame G....., femme âgée de trente ans environ, d'une assez faible constitution, sujette à la gastralgie et à la leucorrhée, maladies pour lesquelles je lui avais donné

né plusieurs fois des soins, se nourrissant fort mal, va, le 13 septembre, à une campagne éloignée de deux lieues, éprouve beaucoup de fatigue, et ne prend presque pour toute nourriture qu'une assez grande quantité de melon de mauvaise qualité. Elle revient à la ville le 14 au soir, et est prise, tout-à-coup dans la nuit, de coliques, de tranchées et d'évacuations liquides et sanguinolentes.

Le 15 à sept heures du matin, on vint me chercher. Je venais de partir pour faire une grande tournée à la campagne; et, trop pleine de confiance en moi, la malade eut l'imprudence de ne pas prier un de mes confrères de la visiter pendant mon absence, et elle attendit que je fusse arrivé. Il était alors huit heures du soir. Je trouvai Mme G...., assise sur un pot de nuit, éprouvant des coliques déchirantes, et ayant, depuis le matin, rempli quatre de ces vases d'un liquide fortement sanguinolent, contenant un dépôt abondant de matières glaireuses. Les souffrances étaient si fortes que j'eus de la peine à la décider à se lever et à se placer sur son lit.

Voici ce que je pus alors observer : les traits étaient tirés et exprimaient la souffrance ; la langue était blanchâtre, sans sécheresse ni rougeur, l'épigastre légèrement douloureux, ce que j'attribuai à l'état névralgique habituel de l'estomac; tout le trajet du colon, mais surtout son extrémité gauche était le siége de violentes secousses et de douleurs vives qu'exaspérait la plus légère compression; quelques crampes dans les membres inférieurs; ténesmes continuels, tranchées vives et évacuations tellement fréquentes que la malade n'en put dire le nombre, mais au moins vingt-cinq à trente par heure; elles étaient composées presque entièrement d'un sang pur, mêlé de flocons

albumineux et d'une odeur repoussante; pouls assez résistant, donnant cent quinze pulsations à la minute. Je prescrivis douze sangsues au siége, un demi-bain d'eau albumineuse; trois quarts de lavement au blanc d'œuf avec addition à chaque de dix gouttes de laudanum de Sydenham, diète.

Le 16, la malade n'a pas dormi pendant toute la nuit, selles moins fréquentes, quinze à vingt par heure, mais toujours sanguinolentes, mêmes ténesmes, sensation de brûlure à l'anus; nausées, mais pas de vomissements; pouls encore assez fort, à cent dix; les lavements ont été expulsés presque aussitôt leur injection (même prescription, sauf les sangsues).

Le 17, la malade a un peu dormi dans la nuit; pouls à cent, selles toujours aussi fréquentes; cependant les tranchées sont moins fortes, les selles moins sanguinolentes et même mêlées à quelques matières excrémentitielles demi-solides; toujours des nausées, pas de soif, crampes plus vives dans les jambes, chaleur et sécheresse de la peau. J'insiste sur le même traitement, et prescris en outre une solution d'un décigramme d'opium dans cent vingt-cinq grammes d'eau gommeuse à prendre par cuillerées d'heure en heure. Inquiet sur l'état de cette malade, bien que ce fût la première personne atteinte de l'épidémie à laquelle je donnais des soins, et obligé d'aller passer la nuit chez un malade éloigné, je recommandai aux parents d'aller chercher un de mes confrères, si les accidents s'aggravaient pendant mon absence. C'est ce qui arriva: mon collègue, M. Marquet, fut appelé auprès de la malade, et, ayant constaté l'existence d'une violente douleur vers la

fin du colon, il prescrivit l'application immédiate de douze sangsues, *loco dolenti*, qui saignèrent beaucoup.

Le 19, je revis la malade avec M. Marquet, qui me rapporta ce qu'il avait observé et fait. Ce jour-là Mme G..... éprouvait toujours de violentes coliques, des ténesmes continuels, une sensation de brûlure à l'anus, même sans aller à la selle; les évacuations encore très-fréquentes, huit à douze par heure, étaient moins abondantes, moins sanguinolentes, un peu jaunes, verdâtres; mais d'une odeur repoussante; les traits sont plus tirés, les extrémités froides, le pouls est petit, facilement dépressible, donnant cent à cent dix pulsations; il existe un grand sentiment de faiblesse; les urines sont rouges, ne sortent que goutte à goutte, et leur excrétion est fort douloureuse; la langue est toujours blanche, la bouche pâteuse; des nausées fréquentes, que rien ne peut calmer, tourmentent la malade. (Eau de riz, lavement à l'amidon, avec addition de laudanum, cataplasme laudanisé sur le ventre, bouillon blanc, solution d'extrait gommeux d'opium).

Le 20, même état; seulement la prostration est encore plus grande. Nous prescrivons les lavements avec la décoction de ratanhia pour tâcher de ralentir les évacuations alvines toujours fréquentes, et une potion tonique et astringente avec les extraits de ratanhia et de quinquina; un peu de vin rouge et une légère panade.

Le 21, trente-deux selles, un peu rougeâtres; le pouls semble s'être relevé un peu, mais la malade accuse toujours une grande faiblesse. (Même prescription). Mais, dans la nuit, la malade ayant éprouvé de nouvelles coliques et des selles plus fréquentes, attribue ces accidents à la potion et aux lavements de ratanhia, et n'en veut plus faire usage.

Le 23, faiblesse plus marquée, évacuations plus fréquentes, plus abondantes, contenant en grande quantité un mucus sanguinolent; pouls à cent quinze, très-dépressible, évacuations involontaires, strangurie, hoquet, ventre affaissé et généralement douloureux, découragement, craintes de la mort, apparition sur les lèvres de cette éruption pultacée dont nous avons parlé. (Bouillon, quinquina, vin rouge, soupes légères).

Le 25, aggravation de tous les accidents, lipothymies fréquentes dans la journée et mort dans la nuit, l'intelligence s'étant conservée intacte jusqu'au dernier moment.

Ce fait et un autre que j'eus occasion d'observer presque en même temps sur un jeune séminariste qui succomba au bout de huit jours, après être tombé subitement dans une prostration extrême, aussitôt après l'application de seize sangsues à l'anus, suffirent pour me faire reconnaître l'impuissance, disons mieux, tous les dangers des évacuations sanguines. Dès-lors, j'y renonçai complètement, et je n'eus qu'à me louer de ma détermination, puisque, à partir de ce moment, je n'ai pas perdu un seul malade, bien que j'en aie eu de gravement atteints, et que l'épidémie ait continué à faire des victimes tant à Loudun que dans les campagnes environnantes. Ainsi donc, sous ce rapport, l'épidémie de Loudun ressemble à celles observées par beaucoup de médecins, et entre autres par Zimmermann, qui cite diverses épidémies dans lesquelles les évacuations sanguines s'étaient toujours montrées nuisibles.

Régime. — Je crois convenable de parler du régime immédiatement après les évacuations sanguines, car j'ai, relati-

vement à cette partie essentielle du traitement de toute maladie, commis la même faute que pour les sangsues dans l'épidémie que je viens d'observer. Si l'on consulte les auteurs qui ont écrit sur la dysenterie, on les trouve tous ou presque tous unanimes sur ce point, que dans cette maladie, alors même qu'elle est légère, il faut condamner au repos l'organe malade, et une diète sévère leur paraît comme une condition indispensable pour la cessation des accidents. Eh bien! dans la dysenterie de Loudun, la diète s'est montrée tout aussi nuisible que les évacuations sanguines, et n'a pas peu contribué à jeter les malades dans la prostration dont j'ai parlé. Aussi, instruit par les deux faits malheureux que j'ai mentionnés, éclairé surtout par cette circonstance remarquable que les individus frappés par l'épidémie et qui n'éprouvaient point de fièvre, pouvaient impunément continuer leurs travaux, et se nourrir comme à l'ordinaire, sans que la maladie en pût être influencée, je ne tardai pas à permettre à mes dysentériques, alors qu'ils avaient de la fièvre, alors qu'ils éprouvaient de violentes coliques, alors enfin, qu'ils avaient depuis vingt jusqu'à trente évacuations plus ou moins sanguinolentes dans les vingt-quatre heures, l'usage des potages gras ou maigres, les œufs, les viandes blanches, de l'eau de riz mêlée à partie égale de vin rouge.

Ces quelques lignes que je viens de tracer, choqueront la manière de voir de beaucoup d'auteurs et de praticiens, et paraîtront comme un paradoxe. Cependant le fait qu'elles expriment, s'appuie sur un nombre de cas trop bien observés et trop considérables d'ailleurs, pour qu'on ne doive pas le considérer comme vrai, quelque extraordinaire qu'il paraisse au premier abord. Oui, je le répète, la diète prea-

que absolue, comme les évacuations sanguines, a été nuisible et même très-nuisible dans la dysenterie de Londun. Que si on venait à me dire que, chez moi, cette manière de voir est systématique et qu'elle résulte d'une idée adoptée à l'avance, je répondrais par un autre fait qui, dans cette même épidémie, m'a tout autant étonné que le premier ; et qui prouve suffisamment que ces reproches ne seraient pas fondés. En effet, comme je le dirai plus loin, l'albumine, dont j'ai généralisé l'emploi dans le traitement de la dysenterie, et qui depuis a été, d'après de nouvelles expériences, considérée par quelques médecins comme une sorte de spécifique dans cette maladie, ne m'a procuré aucun résultat avantageux, et n'a même été suivi d'aucun effet sensible.

Ainsi donc, je le répète, j'ai avec le plus grand avantage nourri mes malades. Dès le commencement, alors que les symptômes étaient le plus intenses, j'ai donné des potages gras et maigres, de bon bouillon, et au bout de quelques jours, quand la fièvre avait un peu cédé, les œufs et les viandes blanches, grillées ou rôties, le vin rouge ; et je n'ai vu, chez aucun malade, ce régime, qui s'éloigne tant des préceptes généralement admis, augmenter la fièvre, le nombre des selles et la fréquence des coliques. Est-ce à dire que s'il venait à surgir parmi nous une seconde épidémie de dysenterie, on pourrait avec le même avantage nourrir ainsi les malades ? Non, sans doute. Une conduite tout opposée serait peut-être même indispensable selon le génie épidémique. Mais ce que j'ai observé, me confirme dans une opinion à laquelle l'expérience m'a conduit depuis longtemps, c'est qu'en général, dans la plupart des maladies même aiguës, les médecins ont une tendance

beaucoup trop grande à priver complètement leurs malades de toute nourriture.

Évacuants. Malgré l'état suburral des premières voies que j'ai dit avoir existé chez un assez grand nombre de malades, je n'ai trouvé que très-peu d'occasions d'administrer un vomitif. Dans les trois cas où j'y ai eu recours, j'ai donné la préférence à l'ipécacuanha, mais je n'ai pas vu que ce moyen ait modifié la marche de la maladie, par rapport à la quantité et à la nature des selles; seulement il a fait disparaître en partie ou en totalité les symptômes de gastricité. Je sais aussi qu'un de mes confrères, qui y a eu recours un plus grand nombre de fois, n'en a pas obtenu d'effets plus marqués. Dans aucun cas, l'ipécacuanha n'a accéléré la marche de la maladie en lui imprimant une tendance générale vers la guérison, en produisant une diaphorèse abondante, comme cela s'est vu dans plusieurs autres épidémies de dysenterie.

Quant aux purgatifs, je ne les ai employés dans aucun cas, ayant trouvé en quelque sorte dans les bains et les opiacés, un spécifique contre notre épidémie. Mais je dois dire que si ces deux moyens eussent échoué, je n'aurais pas balancé à y recourir, en raison de l'état suburral des premières voies et en raison surtout des succès obtenus à l'aide des évacuants dans des épidémies presque semblables, par un assez grand nombre de médecins anciens et de praticiens modernes, comme Stoll, Sydenham, Trousseau, Bretonneau et autres.

Révulsifs. —Les révulsifs presque toujours indiqués dans la chronicité de la dysenterie, n'ont pu être employés par nous, qui n'avons rencontré aucun cas où le passage à l'état chronique ait eu lieu. Chez les deux malades que

j'ai perdus, j'ai bien eu recours à l'application de larges vésicatoires aux jambes, pour tâcher de relever les forces, mais tout à fait inutilement. C'est avec le même insuccès que pour combattre un hoquet opiniâtre et fatigant pour les malades, j'ai plusieurs fois appliqué sur l'épigastre, à titre de révulsif, un large sinapisme.

Émollients.—Cette classe de médicaments a été employée à l'intérieur et à l'extérieur. A l'intérieur, les boissons adoucissantes ont toujours paru utiles. Celles dont j'ai fait le plus fréquent usage, sont l'eau de riz, l'eau gommeuse et l'eau albumineuse. Je dois le déclarer, confiant dans les beaux résultats que j'avais obtenus de l'emploi de l'eau albumineuse donnée pour médicament dans un grand nombre de cas de dysenteries sporadiques et sémi-épidémiques, j'espérai, au début de l'épidémie que je décris, voir ce moyen être couronné des mêmes succès; mais mon attente fut trompée, et je fus bientôt forcé de reconnaître que, dans le cas présent, l'eau albumineuse n'avait pas plus de vertu que les autres boissons adoucissantes, et même moins que l'eau gommeuse, que, plus tard, je prescrivis seule. Cependant, dans les quelques cas de dysenterie sporadique qui vinrent compliquer l'épidémie de scarlatine que j'ai fait connaître dernièrement, l'eau albumineuse eut des résultats aussi prompts et aussi beaux que ceux que j'ai publiés dans mon mémoire en 1839. Nouvelle preuve que, dans toute épidémie, il y a un génie particulier qu'il faut connaître pour pouvoir l'attaquer par une thérapeutique appropriée. Peut-être que ce même moyen qui, dans la dysenterie que je viens d'observer, s'est montré tout à fait impuissant, reprendra tous ses avantages, si une autre épidémie vient à paraître.

Quoi qu'il en soit, ces boissons abondantes ont toujours été administrées tièdes et en petite quantité à la fois. Cette dernière précaution était indispensable, car lorsque les malades pressés par la soif ou un goût pâteux dans la bouche, les ingéraient en trop grande quantité à la fois, ils étaient pris de malaise, de pesanteur à l'estomac, et souvent de nausées et même de vomissements.

A l'extérieur, les émollients ont été employés sous forme de cataplasmes et sous forme de bains. Les premiers n'ont guère pu être mis en usage, qu'alors que déjà les autres moyens avaient diminué le nombre des selles ; mais alors les cataplasmes de farine de riz ou de graine de lin, ou de son bouilli chez les indigents, arrosés avec vingt-cinq à trente gouttes de laudanum, ont bien évidemment pour moi, contribué à faire disparaître les accidents. Mais ce sont surtout les bains qui ont été d'une bien grande utilité. Tels sont les avantages que j'en ai obtenus tout d'abord, que la fréquence des selles et l'inconvénient qui en résultait, ne m'ont pas paru une contre-indication à leur emploi. Souvent des malades, qui, depuis trois jours et autant de nuits, n'avaient pas goûté un seul instant de repos, ont pu dormir plusieurs heures de suite dans leur baignoire, et le calme qu'ils éprouvaient persistait longtemps encore après qu'ils en étaient sortis. Les bains ou partiels ou entiers ont été répétés jusqu'à trois fois par jour, et chaque fois, avec un avantage marqué. Sous leur influence, les coliques se calmaient, les selles devenaient moins fréquentes, les ténesmes moins forts, la sécheresse de la peau diminuait, en un mot, les malades semblaient oublier leurs souffrances et passer de la mort à la vie.

Opiacés. — Mais de tous les agents thérapeutiques dirigés

par nous contre l'épidémie, aucun ne s'est montré aussi avantageux que l'opium et ses diverses préparations. On peut même dire qu'à lui seul il a formé la base du traitement. Comme M. Latour d'Orléans, je l'ai donné dès l'invasion de la maladie, alors que les symptômes de la dysenterie étaient des plus intenses, et non seulement je n'ai vu, dans aucun cas, survenir, comme quelques auteurs l'ont annoncé, une aggravation quelconque de ses symptômes, mais j'ai toujours, au contraire, vu diminuer, et souvent d'une manière bien prompte, la vivacité des ténesmes, l'intensité des douleurs, et disparaître cette insomnie continuelle, si fatigante pour les malades. En un mot, ce moyen m'a paru aussi héroïque qu'à Wepter, qui a affirmé, quelque part, avoir guéri six cents dysentériques seulement par l'opium.

J'ai administré l'opium et ses préparations à l'extérieur et à l'intérieur, par la bouche et en lavement. A l'extérieur, j'ai constamment fait arroser les cataplasmes avec vingt-cinq à trente gouttes de laudanum trois fois par jour. Par le rectum, j'ai fait prendre dans les vingt-quatre heures, trois et quatre fois, des demi-lavements émollients avec quinze à vingt gouttes de laudanum de Sydenham. Mais la préparation qui s'est montrée le plus utile, a été une potion composée de :

Eau gommeuse édulcorée. . . .	125 grammes.
Extrait gommeux d'opium. . . .	1 décigramme.

A prendre dans les vingt-quatre heures.

L'action de ce médicament était si bien appropriée à la nature du génie épidémique qui s'était abattu sur Loudun et ses environs, que constamment, dès la première potion, les malades éprouvaient un calme, pour ainsi dire, parfait.

Combien de fois n'ai-je pas vu de pauvres dysentériques tourmentés depuis plusieurs jours par le nombre de selles, la vivacité des douleurs, la persistance de l'insomnie, éprouver un soulagement presque immédiat dès les premières doses d'opium!

Ce médicament héroïque ne perdait rien de ses bons effets, alors même qu'on venait à l'employer dans des cas où la maladie durait déjà depuis six, dix jours et plus. c'est ainsi, que chez un jeune garçon, le nommé Moreau, de Roche-Vernoize, qui depuis douze jours était atteint de la dysenterie quand on réclama mon assistance, j'ai vu cette potion opiacée, ramener le sommeil, faire cesser les coliques, les ténesmes, diminuer rapidement le nombre des selles, et faire, pour ainsi dire, revivre ce petit malade.

Mais presque toujours il a fallu seconder les premiers effets obtenus de ce médicament, par les astringents et les toniques, comme je vais le dire.

Astringents et toniques. — Après les bains et les opiacés, la médication qui s'est montrée le plus utile, et sans laquelle les selles continuaient longtemps à être fréquentes, et par là augmentaient beaucoup la faiblesse, a été la médication astringente et tonique. En employant de bonne heure ces moyens, je n'ai fait qu'obéir à un sage empirisme, et céder aux conseils de l'expérience. Comme je l'ai déjà dit dans le cours de ce travail, les selles étaient tellement fréquentes, la prostration des forces survenait si rapidement, même en l'absence de tout traitement antiphlogistique, que, dès le début, pour ainsi dire, de la maladie, le besoin de supprimer les évacuations, et de remonter les forces, a dominé toute la thérapeutique

de notre épidémie. Ainsi, tout en cherchant, à l'aide des opiacés, à faire cesser cet élément nerveux de l'épidémie, caractérisé par des crampes, le hoquet, le ténesme et les tranchées, j'ai senti la nécessité de prévenir cette faiblesse et cet anéantissement des forces vitales auxquels ont succombé mes deux premiers malades.

Pour atteindre ce but, j'ai eu recours à la ratanhia et au quinquina. Je donnais la ratanhia en tisane (seize grammes en décoction dans cinq cents grammes d'eau) et l'extrait de quinquina uni à l'extrait de ratanhia en potion composée de cent vingt-cinq grammes d'infusion de petit chêne et de six grammes d'extrait de quinquina, et la même quantité d'extrait de ratanhia. En même temps je faisais administrer la décoction de ratanhia en lavement, environ cent quatre-vingt-cinq grammes à la fois avec addition de vingt gouttes de laudanum. Sous l'influence de cette médication, le nombre des selles était promptement diminué et leur nature modifiée avantageusement; les forces se relevaient et la convalescence se déclarait promptement.

Il ressort évidemment de ce que je viens d'exposer sur le traitement que j'ai suivi dans la dysenterie de Loudun, que j'admets comme principe en médecine pratique, qu'il est indispensable de bien étudier le caractère d'une épidémie pour lui opposer une thérapeutique appropriée, thérapeutique qui devra varier dans la même maladie régnant dans les mêmes localités, selon les circonstances si inconnues et cependant si diverses, de ce qu'on appelle constitution médicale. Ce sont ces principes bien arrêtés depuis longtemps dans mon esprit, qui m'ont fait admettre, il y a bientôt douze ans, avec M. Mareschal, dont j'étais chargé de faire connaître un travail sur les fièvres

épidémiques de Nantes (Archives de médecine. T. XXII. p. 597) que les modifications introduites dans la pratique, par suite des changements survenus dans les diverses constitutions médicales, ont presque toujours précédé l'apparition des systèmes qui n'en étaient que l'expression présentée sous une forme dogmatique. Si cette manière de voir, ajoutais-je, qui réunit bien en sa faveur quelques probabilités (je dirai aujourd'hui de grandes probabilités) venait à être prouvée par le retour des mêmes théories lié avec l'apparition des mêmes constitutions médicales, il en résulterait, ce me semble, une explication toute naturelle de cette succession infinie de systèmes, et on ne pourrait plus invoquer comme preuve de l'incertitude de la médecine, cette instabilité des doctrines médicales, puisque les *constitutions médicales* venant à modifier, par leur longue influence, et les éléments de l'organisation et le génie des maladies, il devient nécessaire de modifier aussi les bases de la thérapeutique.

NOUVELLES OBSERVATIONS

DE CALCULS SALIVAIRES,

suivies

D'UN ESSAI NOSOGRAPHIQUE SUR CETTE ESPÈCE DE CONCRÉTIONS.

Par M. DUPARCQUE, D. M. P.

(Imprimées par décision de la Société de médecine de Paris.)

(*Suite et fin.*)

Les calculs salivaires sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes; car sur les soixante observa-

tions que j'ai recueillies, il ne s'en trouve que dix qui appartiennent à ces dernières. C'est aussi par l'âge adulte qu'ont été fournis les faits les plus nombreux. Quelques-uns seulement ont pour sujet des jeunes gens ou des vieillards, et encore chez ces derniers les calculs paraissent-ils s'être développés à une époque plus ou moins bien antérieure. Doit-on attribuer cette influence des sexes et de l'âge à ce que la salive, comme en général tous les fluides sécrétés sont plus forts chez l'homme que chez la femme, au terme moyen de la vie qu'avant la maturité de l'âge ? cela est présumable. Comme il n'est pas fait mention dans les observations publiées du tempérament ou de la constitution des sujets, on ne peut rien établir sur l'influence de ces états dans la production des calculs salivaires.

On a vu plus haut, à l'occasion des concrétions salivaires dans la bouche, que quelques faits rapportés par Kerkringius, Rosinius Lentinius et Schurgius, semblent indiquer que la goutte prédisposerait à la concrescibilité de la salive ; de nouveaux faits seraient nécessaires pour confirmer cette assertion, surtout en ce qui touche les calculs salivaires. Quant au cas de Lanzoni, dans lequel un calcul salivaire s'est développé après l'extraction d'un calcul urinaire, on ne peut en inférer qu'il peut exister une sorte de diathèse lithique ; car dans ce fait, d'ailleurs unique, il est probable qu'il n'y a eu entre les deux affections successives aucun lien d'étiologie.

Nous avons fait remarquer précédemment la tendance que les parties concrescibles de la salive ont à se précipiter contre les parties rugueuses ou non émaillées des dents et à s'y solidifier. N'est-il pas probable que des corps étrangers, des portions d'aliments par exemple, qui

s'introduiraient dans les canaux salivaires, pourraient devenir le noyau de calculs dont ils seraient la cause provocatrice, ainsi qu'on le voit pour des calculs urinaires? Mais jusqu'à présent aucun fait n'a témoigné de cette origine.

Les concrétions qui se forment dans les appareils sécréteurs de la salive se présentent sous une foule d'aspect divers relativement à leur volume, leur forme, etc. Caumont a opéré une grenouillette dont le volume empêchait le malade de fermer la bouche et de parler, et dans laquelle il trouva une demi-livre au moins de matière plâtreuse? Lafaye, témoin de ce fait, l'a rapporté dans une note additionnée à la chirurgie de Dionis (8e édit., 1772, pag. 628). Depuis, Leclerc retira près d'une livre de substance sablonneuse d'une énorme tumeur sublinguale, dont était affectée une religieuse de l'Annonciade. Il avait fait d'abord une ponction exploratrice sous le menton, et ayant reconnu la nature du contenu de la tumeur, il avait agrandi l'ouverture avec un bistouri, pour pouvoir la vider complètement. Mais ordinairement les calculs salivaires sont plus volumineux. Celui observé par Keutmann (loc. cit.), était comme une baie de laurier; ils avaient le volume d'un haricot ou d'une féverolle, dans le cas cité dans les actes anglicans, philosophica (Oldenburgii, 4, Leipsik, 1674, p. 2), ainsi que dans l'observation de M Dourlens (Journal des Connaiss. médico-chirurg., 5e année, juillet 1837, p. 11). D'autres étaient comme un noyau d'olive (Kœnig. eph. acad. cur. nat cent. 1 et 11, p. 197), une petite amande (Nicol. Blegny. Zodiacus medico-gallicus 4, Genev. 1680, obs. 7, pag. 99), une noisette (Sam. Ledelius, misc. nat. cur. dec. 1. an. 9 et 10, obs. 144, p. 320),

ou une olive (S. L. Petit. Œuv. chir.). Léautaud, chirurgien d'Arles, en a trouvé un comme une grosse noisette (Journ. Vanderm., t. 33, p. 13), et un autre du volume et de la forme d'un œuf de pigeon (Journ. de Vandermondé, t. 5, p. 67). Le plus grand, si ce n'est le plus volumineux, est sans contredit celui qui fait le sujet de notre troisième observation ci-dessus décrite.

Lorsque les calculs ont un certain volume, il n'en existe le plus ordinairement qu'un seul à la fois. Mais dans quelques cas on en a trouvé plusieurs. Un jeune homme était tourmenté par un tubercule assez volumineux sous la langue. La tumeur s'ouvrit et laissa échapper un calcul, puis plusieurs sortirent successivement dans l'espace de quelques jours (Gerardus Blasius, Obs. anat. in homin., 8, Ludg. 1674, p. 119, et in Medicina curatoria, 8, Amster. 1686, p. 81). Une femme portait depuis longtemps sous la langue une tumeur douloureuse et qui l'empêchait de parler. Le chirurgien reconnut la présence d'une, puis de deux pierres blanches, poreuses, du volume d'un haricot. Il les saisit au moyen d'une pince et en fit l'extraction (Ehrenfrid. Hagendornius, Hist. med.-phys., hist. 71, p. 105). Un homme, au rapport de Henrich Roohnuysen (Historische heileuren, 8, Nurnb. 1674, obs. 29, p. 125 et seq.), fut pendant trois ans obligé d'exprimer ses pensées par écrit, par suite d'une tumeur douloureuse qu'il portait au-dessous de la langue. La tumeur ayant été ouverte, on reconnut un calcul du volume d'une châtaigne dont on fit l'extraction. Le malade recouvra aussitôt l'usage de la parole; cependant il restait encore de la gêne. On s'aperçut alors qu'il existait une seconde pierre, plus en arrière, près de la racine de la langue et grosse comme une amande,

et dont le chirurgien fit aussi l'extraction. Petrus Borellis (Hist. et obs. méd. physic. in-8° fr. Leips. 1676, p. 122) dit qu'un certain chirurgien militaire opéra l'extraction de deux pierres de dessous la langue. Elles étaient rugueuses. L'une égalait le volume d'une noix, l'autre était un peu plus grosse. Enfin, dans le fait rapporté par Rosinus Lentinius, un calcul s'étant échappé de dessous la langue, plusieurs autres, mais moins volumineux, sortirent successivement. Plusieurs autres exemples trouveront leur place dans la suite de ce travail.

La forme des calculs salivaires est variable, cependant dans la plupart des cas ils affectent une forme allongée, cylindroïde, ce qui prouverait qu'ils se sont si non formés, au moins développés dans les conduits excréteurs. Rarement lisses, ils présentent généralement des aspérités qui rendent leur surface comme granuleuse. Quelquefois mous ou friables, ils sont plus souvent d'une dureté pierreuse. Quelques-uns ont été trouvés poreux, et alors ils peuvent exhaler une odeur repoussante, provenant probablement de l'altération des parties liquides muqueuses ou purulentes renfermées dans les vacuoles dont ces corps sont alors criblés.

Les calculs salivaires qui ont été analysés ont toujours présenté la même composition, ainsi qu'il a été dit. Tous sont d'un blanc craieux ; la coloration jaunâtre ou plus foncée qu'ils présentent est superficielle et due au contact des fluides purulents ou sanguinolents, au milieu desquels ils baignent.

La plupart des calculs observés étaient libres et flottants dans les canaux plus ou moins dilatés qui les contenaient ; mais on en a trouvé d'adhérents ou comme enchatonnés,

de manière qu'il a fallu des efforts plus ou moins grands, ou des procédés opératoires particuliers, pour pouvoir les extraire.

Symptômes. — La présence de calculs dans les voies salivaires n'entraîne pas toujours des troubles notables dans les fonctions de ces appareils, et ne détermine pas constamment d'accidents remarquables, comme le prouvent plusieurs des cas précédemment relatés de calculs qui paraissent avoir existé pendant de longues années, et qu'on a été étonné de rencontrer à l'autopsie cadavérique.

Le plus ordinairement, cependant, ces corps étrangers produisent le développement de phénomènes nombreux et variés, dont nous allons tracer le tableau.

Les calculs peuvent s'opposer au cours normal de la salive qui s'accumule derrière eux. Mais cet obstacle n'est pas toujours complètement insurmontable, soit que le calcul soit peu volumineux ou mobile, soit que la distension produite par la rétention de la salive, arrivée à un certain terme, se propageant jusqu'à la portion du canal obstruée, le fluide s'échappe comme par regorgement ou par suite de trop plein. Il est alors plus épais et plus visqueux que dans l'état ordinaire, ainsi que l'avaient remarqué les premiers observateurs. Cet écoulement est souvent provoqué pendant la dégustation et la mastication, par suite de la plus grande activité sécrétoire de la salive que déterminent ces actes, et de la compression que le canal dilaté en éprouve. Ce phénomène semble alors affecter une marche périodique, dont les retours correspondent aux heures des repas. On peut aussi le provoquer en outre en comprimant la tumeur que forme la rétention salivaire, soit extérieurement, soit par la bouche, mais surtout par la combinaison de ces

deux compressions. On voit alors quelquefois la salive sortir avec abondance, et même sous forme de jet, de l'ouverture buccale du canal dans lequel elle était emprisonnée.

L'excitation produite par la présence des calculs salivaires paraît aussi avoir pour effet d'augmenter la sécrétion de la salive au point de renouveler presque incessamment l'accumulation de ce fluide, ou de fournir à un écoulement abondant et permanent, de produire en un mot un véritable ptyalisme. Ce dernier phénomène a été surtout remarquable dans le fait suivant, que nous a transmis Schurgius. Un homme adulte portait depuis huit ans dans le canal de Warthon un calcul qui, à certaines époques, et notamment pendant les froids, occasionnait des douleurs, des gonflements des glandes sous-mentonnières, rendait la mastication et la déglutition très-difficiles, et empêchait le malade de parler. Ces accès se terminaient par un écoulement de liquides puriformes. Un de ces retours fut plus intense encore que les précédents. Nous laissons maintenant parler l'auteur : « Tumor cum insigni inflammatione et summo suffocationis periculo, ut vix credi possit quantum dolorem perceperit patiens, cum cerevisam vel alium liquorem vellet deglutire. Hæ angustiæ durarunt quinque dies, quo toto tempore tanta saliva profluxit, ut caput reclinare non posset, quo dormiret; usque adeo, ut amici ægrum visitantes inter se quæsiverint, numne medicamento quodam mercuriali usus fuisset. Varietas et conditio spontaneæ hujus salivationis annotatu digna est. Primo die saliva tenuis erat et instar aquæ, limpida, sine ullis bullis. Secundo die erat spumosa, salso (quod colori potius quam veræ salsedini licet adscribere, quoniam eo die inflammatio in statu erat). Tertio die summopere lentescebat, at

præterea foraminulum supra calculum fiebat, unde materia purulenta, perinde ut ante, proveniebat. Quarto die saliva profluebat insapida, in ore manifeste frigida. Quinto die (quo incisio celebrabatur) saliva profluebat, ut quarto die, sed relinquebat summam viscositatem in dentibus, adeo ut sæpius cohærerent, ac si conglutinati essent. Facta incisione, quæ non satis larga erat, membranæ, quibus condebatur calculus, primo removebantur, lapis vero ipse adeo durus erat, ut forcipibus tractari posset.» (Schurgius, Lithologia, p. 112.)

Au reste, si quelquefois la salivation provient de la glande dans les dépendances de laquelle se trouve le calcul, d'autres fois cet excès de sécrétion a sa source dans les autres parties des voies salivaires, auxquelles l'irritation se propage de proche en proche ou sympathiquement.

Les calculs salivaires occasionnent aussi, tantôt de la sensibilité qui rend la moindre pression insupportable, ou des douleurs plus ou moins violentes, qui se réveillent principalement pendant la mastication, la déglutition ou l'acte de la parole, et qui contribuent alors à rendre l'exercice de ces fonctions pénible, difficile et même impossible. Ils provoquent aussi le développement de congestions sanguines, d'inflammation, d'où résulte une tuméfaction qui, des parties où se trouve le corps étranger, se communique aux tissus et aux organes voisins, aux glandes sous-mentonnières, et peut même s'étendre jusqu'au larynx et au pharynx dont elle gêne les fonctions. Ordinairement alors il se forme de la suppuration dont le produit, se mêlant à la salive retenue, contribue à accroître rapidement le gonflement. C'est alors aussi qu'une fluctuation plus ou moins manifeste au centre de l'engorgement, et sur le trajet de

la voie salivaire affectée, peut signaler cet épanchement ; cette rétention.

Dans quelques cas, comme celui rapporté par Schurgius, ce mélange de salive et de pus s'échappe par intervalles ou d'une manière continue, et comme par rengorgement, à travers l'orifice buccal du conduit incomplètement obstrué. On a vu aussi le calcul poussé par les fluides épanchés, s'échapper avec eux à travers cette ouverture, comme cela est arrivé dans notre première observation.

Dans les cas contraires la tumeur, comme abcédée, s'ouvre une voie accidentelle, et c'est ordinairement en dedans de la bouche ; elle expulse en même temps par cette ouverture le liquide retenu ou épanché et le corps étranger. Cependant le calcul peut n'être pas entraîné, soit à cause de son volume, soit parce qu'il est adhérent par quelqu'un de ses points, soit parce qu'il est situé profondément ou dans quelque anfractuosité de la tumeur, ou bien les calculs expulsés n'étaient pas seuls. Alors l'ouverture de l'abcès reste fistuleuse, ou bien les mêmes accidents persistent ou se renouvellent.

Ces troubles fonctionnels, ces accidents morbides, tous les phénomènes pathologiques que peut déterminer la présence des calculs salivaires, et dont je viens de tracer le tableau, ne sont pas, du reste, propres à ce genre d'affections. D'autres causes peuvent en produire de semblables, comme ils peuvent être les symptômes d'autres maladies. Tantôt ils revêtent la forme de simple grenouillette, tantôt de phlegmasies glandulaires ou de phlegmons. On a pu croire avoir affaire à des engorgements strumeux, comme dans l'observation de M. A. Berard ; à une induration glandulaire, comme dans le fait de Sabatier, et même

à une affection cancéreuse, ainsi que le prouve notre observation. Dans la plupart des cas, la cause de ces accidents ou la nature essentielle de l'affection, n'ont été reconnues que lorsque le calcul est venu faire saillie à l'orifice buccal du conduit salivaire qui le renferme, ou même seulement après que ce corps a été expulsé avec la salive ou le pus épanché, soit spontanément par l'ouverture normale ou par une rupture des parois de la cavité, soit après l'ouverture artificielle faite dans l'intention de donner issue au pus d'un abcès présumé ordinaire. Hors de là, le diagnostic est des plus incertains.

Il n'existe réellement d'autres signes positifs de l'existence des calculs salivaires que la constatation de leur présence. Toutes les fois donc que quelques phénomènes de la nature de ceux qui viennent d'être relatés se montreront dans les régions occupées par les glandes salivaires, ou traversées par leurs canaux excréteurs, on doit rechercher par les moyens explorateurs suivants s'il n'existe pas de calculs.

Le calcul peut se manifester au toucher par la sensation d'un corps résistant, dur. Ainsi, selon le siége des accidents; en passant le doigt dans la région parotidienne, en saisissant la joue entre le pouce et l'index dans le trajet du conduit de Stenon; en promenant le doigt le long du plancher sous-lingual, ou en explorant la région sous-mentonnière, là où se trouvent les glandes sous-maxillaires et les conduits de Warthon.

Ce moyen d'exploration ne convient pas ou ne suffit plus quand le calcul est petit, lorsqu'il y a rétention de salive, ou tuméfaction inflammatoire, ou abcédation. Dans ces cas, le corps étranger échappe au toucher, ou ne lui est

pas accessible derrière les parties épaissies et souvent endurcies qui l'environnent, ou à travers les fluides au milieu desquels il flotte. Le cathétérisme offre alors un mode d'exploration propre à suppléer à l'insuffisance du toucher ou à confirmer les signes eux-mêmes contestables qu'il a fournis. Un stylet d'Anel, introduit dans le canal salivaire, va heurter le calcul supposé, et accuse sa présence par une collision sonore, et la sensation qu'il donne d'un corps dur et plus ou moins rugueux. Les observations suivantes prouvent l'heureux parti qu'on a déjà retiré de ce mode d'exploration.

Un homme de cinquante ans, d'un tempérament sec et nerveux, présentait sous la langue une tumeur dure avec douleurs insupportables, salivation abondante. Ces symptômes revenaient à des périodes irrégulières. L'auteur, ayant aperçu une fort petite ouverture (probablement l'orifice du canal de Warthon), y introduisit un mince stylet, avec lequel il sentit un corps étranger et dur. Ayant agrandi cette ouverture par une incision au moyen du bistouri, il put saisir ce corps avec le bec à corbin, et en faire l'extraction, non sans être obligé d'employer une certaine force, car il était adhérent. C'était un calcul salivaire gros comme une noisette (Léautaud, Journ. de Vanderm., tom. XXIII, page 13).

Chez un homme de trente-cinq ans, sanguin et robuste, il se faisait dans la bouche, à des intervalles irréguliers, un écoulement de pus mêlé de salive; en même temps se manifestaient un léger gonflement et quelques douleurs lancinantes sous la branche droite de la mâchoire inférieure. Alors la pression de cette partie provoquait le jaillissement de salive purulente du côté droit du frein de la

langue. Des traitements variés, employés pendant deux ans, n'avaient amené aucun changement. M. Douriens, consulté alors, remarqua un petit gonflement au point d'émission du canal de Warthon, dont l'ouverture était très dilatée. Il y introduisit un stylet d'Anel, et découvrit, à deux à trois lignes de profondeur, un corps résistant, dur, sonore. Il remplaça le stylet par une sonde cannelée, et fit avec un bistouri une incision du canal pour mettre ce corps étranger à découvert; mais il était fixé par une multitude de brides celluleuses résistantes, qu'il dut détruire par une dissection minutieuse pour pouvoir isoler et extraire un calcul, qui était friable, du volume d'une fève de marais, et qui pesait onze grains et demi (Journ. des conn. médic.-chirurg. 5e année; juillet 1837, p. 11).

Ce mode d'exploration suppose, soit la non-occlusion du canal salivaire dans lequel ou au fond duquel un calcul est supposé se trouver, soit l'existence d'une ouverture fistuleuse; circonstances favorables, mais qui malheureusement ne se présentent pas toujours. Dans ce dernier cas, on n'a d'autre ressource, pour assurer le diagnostic, qu'une ponction qui ouvre une voie d'exploration jusqu'à la partie dure que l'on présume être un calcul. Ce moyen employé par Leclerc dans l'observation que nous en avons rapportée, a été récemment appliqué avec succès par M. Douriens (loc. cit.).

Une demoiselle de 27 ans se plaignait depuis 7 mois d'une vive douleur sous le côté gauche de la mâchoire inférieure, s'irradiant vers le cou et l'oreille. Depuis 3 mois, gonflement sur le trajet de la douleur, mouvements de la langue pénibles; mastication et déglutition douloureuses; de temps en temps salive épaisse et gluante; engorgement sous-maxil-

laire dur, bosselé ; glande sous-maxillaire gauche un peu plus volumineuse que la droite, d'une dureté squirrheuse ; membrane muqueuse saine. L'introduction de la sonde d'Anel par le canal de Warthon difficile et sans résultat. Une ponction explorative avec un bistouri très-étroit au centre de la glande préalablement soutenue à l'extérieur, fit connaître qu'il existait dans la glande même, et non dans son canal excréteur, un calcul volumineux. Une incision mit ce calcul à nu, et ayant été isolé de ses adhérences, il fut extrait. Il avait la forme et le volume du noyau d'une amande et pesait 17 grains. La guérison fut rapide.

Prognostic. — Les phénomènes auxquels peut donner lieu l'existence des calculs salivaires ne se présentent pas tous dans tous les cas. Ils n'ont pas de marche continue ; le plus ordinairement au contraire ils affectent des retours périodiques soit réguliers, comme l'écoulement plus abondant de salive épaisse seule ou mêlée à du pus, qui souvent se manifeste principalement aux époques des repas, pendant la mastication, soit irréguliers, comme les accidents phlegmasiques. On a vu, parmi les observations précédemment rapportées, des exemples de calcul qui paraissaient avoir existé pendant des années sans qu'aucun symptôme bien saillant vînt accuser leur existence. Georgius Detharding ius dit avoir vu expulser de dessous la langue d'un portefaix un calcul qui n'avait auparavant donné lieu à aucun signe et qui même n'avait présenté aucune tumeur d'où ce corps eût pu tirer son origine (Eph. acad. n. cu. cent 1 et 11, app. p. m. 177). Dans un cas dont M. le docteur Desjardins est le sujet, un calcul salivaire, après avoir d'abord manifesté sa présence dès l'âge de 17 ans par un peu de gêne et de raideur vers le filet de la langue, où

le malade sentait une espèce de mamelon dont il soutirait par la succion une matière glaireuse, épaisse, ne réveilla de véritables accidents que vers l'âge de 27 ans. Alors engorgement phlegmasique, écoulement de salive mêlée de pus par le sommet du mamelon, où l'on put sentir un petit corps arrondi, de consistance pierreuse, du volume d'un haricot. Ces phénomènes cessèrent et se reproduisirent à diverses reprises. Dans leur intervalle on sentait distinctement le calcul sous la langue, dans le trajet du conduit de Warthon gauche; puis tout rentra à peu près dans l'ordre, bien que le calcul fût resté en place. Le malade auteur présume que ce corps présentait une rainure, ou que le canal était dilaté de manière à ne plus gêner le cours de la salive. (J. des Conn. méd. chir.)

Mais comme on ne peut compter sur cette espèce de tolérance soit primitive, soit consécutive, et que le plus ordinairement les calculs salivaires occasionnent de la gêne et de la douleur habituelles, et menacent de produire, de rappeler et d'éterniser les accidents plus graves qui viennent d'être décrits, comme enfin les efforts de la nature que l'on a vus dans quelques cas opérer l'expulsion spontanée de ces corps ne sont pas toujours efficaces, les secours de l'art deviennent nécessaires.

Traitement.— La présence d'un calcul dans les voies salivaires étant confirmée, quels que soient les phénomènes pathologiques et leur intensité, une seule indication fondamentale se présente, l'extraction. Les méthodes et procédés propres à obtenir ce résultat varient selon les diverses conditions de siége, de position et de rapports, etc., dans lesquels se trouve le calcul.

1° Le calcul se présente à l'ouverture buccale du conduit

salivaire (de Stenon ou de Warthon), et s'y trouve plus ou moins engagé. On peut tenter de le pousser en exerçant derrière lui une pression qui est alors facile par sa position superficielle, et assez accessible, à moins d'engorgement des parties ou d'accumulation de fluide. Dans tous les cas, on peut saisir ce corps par sa partie saillante hors du canal, avec des pinces à pansement ou à ligature. C'est par ce moyen que P. Stanar fit l'extraction d'une pierre chez un homme de quarante ans, qui depuis longtemps souffrait souvent et gravement d'une fluxion qui s'étendait jusqu'aux amygdales. On remarqua enfin sous la langue un corps dur qui faisait saillie, on le saisit avec des pinces, et on le retira ; depuis lors, les accidents ne se montrèrent plus (Riv. Lazari, *Obs. méd.*, Lug., 1689, obs. 5, p. 348).

Un calcul blanchâtre, dur et saillant, put être extrait de dessous la langue avec des pinces; il pesait 7 grains, et avait le volume d'une petite féverolle (*Acta philosophica*, Oldenburgii, 1674, 4; Lelpsik, p. 2).

Un homme de quarante ans avait été sujet, dans son enfance, à l'inflammation de la glande sous-maxillaire gauche, laquelle d'habitude se terminait par une abondante salivation, mais laissait toujours la glande un peu tuméfiée; de temps en temps il s'écoulait du pus par le conduit de Warthon. La suppuration devint permanente. Enfin un calcul vint faire saillie à travers l'ouverture du canal. M. Sargoni, consulté, le saisit avec une pince, et en fit l'extraction avec quelques difficultés. Ce corps avait la forme d'un cœur, sa surface était inégale. Il était, dit l'auteur, composé de phosphate de chaux et de matière animale (*Gazette médicale*, p. 827).

Un homme adulte présentait à la partie inférieure de la

de la bouche, à la face interne de la joue dans le premier cas, sous la langue dans le second. Cette élection de siége est d'abord indiquée par la situation même du calcul, qui, dans ces cas, se trouve plus généralement superficiel en dedans qu'en dehors; par là aussi on évite des cicatrices apparentes, et en outre si l'ouverture restait fistuleuse, cette circonstance, loin d'être nuisible, serait au contraire favorable, l'ouverture artificielle suppléant alors pour l'excrétion salivaire à l'ouverture naturelle qui se trouverait occluse.

Dans la seconde observation publiée par Léautaud dans le journal de Vandermondé (t. 5, p. 62), on soupçonna chez un jeune homme de trente-sept ans l'existence d'un calcul salivaire sublingual. Des saignées répétées et d'autres moyens avaient été mis en usage sans succès pendant un certain temps, pour combattre une tumeur dure sous la langue; il y avait salivation excessive, douleurs vives, fièvre continue et ardente. Léautaud pratiqua une incision sur cette tumeur et fit l'extraction d'un calcul de la grosseur d'un œuf de pigeon, grisâtre au dehors, blanc comme du lait en dedans; il s'écrasait assez facilement sur la pression de la main; la guérison fut rapide.

4° Ce précepte de pratiquer l'incision par l'intérieur de la bouche, n'est plus applicable quand le calcul est trop profondément situé ou peu accessible par cette voie, comme quand il occupe les glandes salivaires elles-mêmes. Tels sont les cas des calculs de la glande parotide de Blanchard, de Lanzoni, dont l'histoire a été rapportée plus haut. Lorsque le calcul est très volumineux, ou que la concrétion sous forme de grain de sable forme une masse considérable, comme dans les faits de Caumont et de

Leclerc, l'incision devant être très étendue, il y aurait moins d'inconvénients et plus de facilité à la pratiquer extérieurement que par la bouche. En cas d'hémorrhagie, il serait plus facile d'en voir et d'en tarir la source. Par là aussi l'extraction offrirait moins de difficulté.

L'incision terminée, on procède à l'extraction du calcul, s'il ne s'échappe pas spontanément, comme cela est arrivé quelquefois. On le saisit avec des pinces à disséquer ou à pansement, selon son volume; pour le dégager des parties qui étreignent son extrémité profonde ou des adhérences que ses inégalités lui ont fait contracter, il est quelquefois nécessaire d'employer une certaine force, mais avec prudence, pour ne pas occasionner des violences trop douloureuses, ou des désordres dont les suites pourraient être plus ou moins graves. Mieux vaut, en cas de résistance, faire jouer le bistouri pour détruire ces obstacles. On se rappellera aussi le moyen ingénieux que M. Maisonneuve employa pour saisir un calcul qui échappait aux pinces.

Il convient, après l'extraction du calcul, d'explorer avec soin la partie, afin de s'assurer s'il n'en existerait pas d'autres qui, plus tard, rappelleraient les mêmes accidents, et pour éviter ainsi une nouvelle opération, comme il est arrivé dans le fait suivant observé par Sabatier.

Un homme dans la force de l'âge, ressentit une douleur vive à la glande maxillaire gauche, en tirant des armes, dans le temps qu'il poussait le cri familier à ceux qui se livrent à ce genre d'exercice. Il survint du gonflement et de la sensibilité dans cette partie. Quelque temps après elle augmenta encore de volume et devint très douloureuse. Les résolutifs, la cautérisation extérieure et d'autres moyens furent sans succès. Le malade éprouva alors un

embarras sous la langue près du frein. Sabatier sentit là avec le doigt un corps dur, sur lequel il pratiqua une incision, et fit l'extraction d'un calcul ayant la forme d'un grain d'orge, mais plus volumineux. Il y eut soulagement, mais la guérison ne fut que momentanée. Quelque temps après les mêmes accidents se manifestèrent, Sabatier reconnut alors l'existence d'une seconde pierre dont il opéra l'extraction de la même manière que pour la première. Cette fois la guérison fut définitive (Méd. opér.).

Le calcul qui cède à la pression des pinces à cause de sa grande friabilité, les concrétions sablonneuses ou molles, réclament l'emploi d'une curette pour les amener au dehors.

La promptitude avec laquelle disparaissent les accidents quelquefois très intenses, dès que le calcul est enlevé, se conçoit, mais n'en paraît pas moins étonnante. Douleur, inflammation, suppuration, gêne des fonctions, tout disparaît presque en quelques heures. En quelques jours la plaie se trouve cicatrisée, ou si elle reste béante, si même elle se transforme en fistule, cette circonstance passe inaperçue; elle peut même être avantageuse dans les cas d'obstruction de l'orifice normal du conduit salivaire, que la fistule remplace alors dans ses fonctions excrétoires. Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que des extractions par l'intérieur de la bouche. Lorsqu'on est obligé d'opérer extérieurement, il faut veiller à la conservation ou au rétablissement de la continuité des conduits.

J'ai rapporté ou cité dans ce mémoire la plupart des observations tant anciennes que modernes, qui ont été publiées sur les concrétions salivaires. Je terminerai, pour compléter la bibliographie de ce sujet, par l'indication

des sources où se trouvent les autres observations dont je n'ai pas fait usage, soit parce qu'elles ne présentaient rien de bien remarquable, soit parce qu'elles étaient trop incomplètes, ou qu'elles eussent fait double emploi.

Hieronym. Montanus a fait l'extraction d'un calcul sous-lingual, ayant la forme d'une pomme de pin. (Anasceve morborum, 8, Lugd. 1560.)

Petr. Forestus, (Obs. med., lib. XIV, obs. 26, fol. m 127, et lib. XXIV, obs. 18, fol. 461-1602), cite une observation de calcul sublingual.

Franciscus Tidicœus cite plusieurs exemples de pierres retirées ou sorties de la chair glanduleuse qui est sous la langue (Microscom. Tran. 4. T. P. m. 417-1615).

Math. Unzerus, (de Nephretide, seu calculo renum. Lib. I, cap. 5. P. m. 25 — 1614.) Observation de calcul sublingual.

Au rapport de Marc-Aurèle Severin (Recondita abcessuum naturæ, lib. IV, cap. 28, p. 259. Franc. 4—1643), Johan. Georg. Wursumgius « lapillum nuclei dactylari forma præditum fœminæ cuidam Patavinæ ex angulo linguæ subdito, secundum ductum linguæ locatum extraxit. »

Zacutus Lusitanus oper. fol. Lugd. 1647, observation de calcul sublingual.

Avenzoar a observé une pierre formée sous la langue d'un homme, ce qui l'empêchait de parler. L'ayant extraite, le malade recouvrit la parole (Schneider, de Catarrhis lib. III, cap. ^. p. 335 — 1660).

Th. Bartholin mentionne avoir observé un calcul sublingual. (Anatom. renovat. 8. Lugd. 16^3. lib. III, cap., 13 p. m. 553.)

Theoph. Bonet, (Médecin. Septent. part. 1 fol. 303 et Po-

lialth. vol. 1, lib. 2, fol. 1076. — 1691,) Observation de calcul sublingual.

Guilhelm. Cowper a été témoin de la sortie d'un calcul jaune et comme doré de dessous la langue (Annot. collect. act. erud. Lips. 1699. mem. febr. p. 58.)

Vitus Riedlinus donne l'observation d'une pierre sortie de dessous la langue, du volume d'une moyenne fève, et ressemblant, dit-il, aux calculs que l'on extrait de la vessie (Obs. cent. tres. 12. August. 1691).

Joh. Guill. Pauli, (Annot in John van Horne. Mirotechn. p. m. 385. 1707.) — Observation de calcul sublingual.

Christ. Frid. Germannus, (Mirar. Mortuor. lib. *III*, Tit. 3. § 51. p. 1071-1709.) — Calcul sublingual.

Nicol. Tulpius a vu un calcul s'échapper de la rupture d'un engorgement de la langue et des glandes du col. (Obs. med. lib. II. cap. 25. p. 141.

Félix Plater, outre l'observation de calcul parotidien rapportée dans ce mémoire, parle d'un calcul sublingual qu'il vit sortir après de longues souffrances (Praxis medica T. II, cap. 7. p. 284).

Sim. Schultzius dit avoir fait l'extraction heureuse d'un calcul qui s'était développé au-dessous de la langue (Miscell. nat. cur. dec. 1 ou 3. obs. 1. p. 1).

Samuel Lidelins rapporte qu'une petite pierre sortit de dessous la langue chez une femme (Misc. nat. cur. der. 1 ou 9 et 10. obs. 124. p. 320.)

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Leçons sur les maladies du cœur et des grosses artères, faites à l'hôpital de la Pitié pendant l'année 1840, par M. N. A. GENDRIN, médecin de cet hôpital, recueillies et publiées sous ses yeux par MM. E. COLSON et DUBREUIL-HÉLION. 1re partie. Paris, chez GERMER-BAILLIÈRE, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Décidément la manie d'écrire est devenue chez nous une fièvre endémique. Les livres de médecine pullulent. Bientôt, au train dont vont les choses, aucun jeune docteur n'osera faire son entrée dans le monde sans l'escorte indispensable de cinq à six tomes de sa composition. Pas un mot ne se dit qu'on ne le recueille et ne l'imprime aussitôt. Sous prétexte, ou même sans le prétexte d'idées neuves et originales, les professeurs livrent leurs cours à la presse. Les thèses prennent les dimensions des gros in-octavo. Une idée surgit : vite une, deux, dix monographies; et quelles sont ces monographies? De gigantesques traités au texte fin et serré. Symptôme d'activité intellectuelle, ce débordement serait tout à fait rassurant, s'il ne recélait un double et grave inconvénient, celui d'encombrer la science de travaux superflus, et de faire mesurer le mérite des hommes, non à leurs œuvres réelles, mais au nombre des pages qu'ils ont noircies; car il est aisé aujourd'hui, la position aidant, d'acquérir gloire et fortune en s'appro-

priant les dépouilles d'autrui : et il est difficile d'asseoir sur des bases certaines la solution des problèmes obscurs, lorsqu'il faut vérifier tant de principes contradictoires dans une multitude de livres souvent impossibles à rassembler. Jadis un simple mémoire suffisait à l'exposition d'une découverte ou d'aperçus nouveaux ; maintenant les moindres vérités s'enfouissent dans un fatras de redites, perles cachées dans le fumier d'Ennius.

Ces réflexions, qui, déjà plus d'une fois nous avaient frappé, nous sont involontairement revenues, avouons-le, à l'aspect et à la lecture du livre de M. Gendrin. Toute chose doit avoir sa raison. La raison d'un livre, c'est sa nouveauté, sa nécessité. Celui de M. Gendrin réunit-il ces deux conditions? Disons-le franchement, nous avons peine à le croire. A part quelques variantes dans les théories ou la distribution des matières, il nous aparu fort peu différer de ceux en assez grand nombre publiés dans ces derniers temps. Certes, il serait injuste de prétendre qu'une science qui date de cinquante ans seulement, n'est plus susceptible de perfectionnements. Mais depuis que, profitant de l'immortelle découverte de Laënnec et de sa propre expérience, M. Bouillaud a si bien établi, dans son *Traité des maladies du cœur*, les bases de la pathologie de cet organe, les recherches les plus actives ont-elles révélé assez de faits saillants pour autoriser une pareille publication? Au contraire, les auteurs qui l'ont suivi n'ont-ils pas été à peu près réduits à se copier les uns les autres? Pourquoi alors ajouter encore des volumes à tant de volumes, quand un court opuscule aurait pu renfermer tout ce que M. Gendrin avait de neuf à nous apprendre?

Soyons justes pourtant : le préjugé est complice de cet abus. L'ouvrage se vendra, l'opuscule aurait vieilli dans le magasin du libraire. D'ailleurs, les qualités qui rendent la lecture des écrits de M. Gendrin si attrayante et si instructive, se retrouvent à un haut degré dans cette dernière production. La polémique et l'érudition y ont peut-être une place restreinte; mais, en revanche, il est impossible de déployer un plus rare talent d'exposition, plus de sagacité dans l'interprétation des phénomènes, plus d'exactitude dans leur observation, plus d'abondance de ressources dans les considérations qui s'y rattachent. On voit que celui qui parle est un praticien éclairé et convaincu par d'opiniâtres études.

L'ouvrage entier se divise en deux parties, contenant, l'une treize leçons faites en 1840; l'autre celles faites en 1841, et devant prochainement paraître. La première embrasse toutes les généralités de la pathologie du cœur; la seconde comprendra l'histoire spéciale des diverses maladies de cet organe et des artères. La première seule fera l'objet de cette analyse.

M. Gendrin trace d'abord un tableau succinct des principaux phénomènes de la fonction circulatoire. Contrairement à l'opinion de la plupart des physiologistes, ce médecin pense que l'action dynamique du cœur n'est pas la cause unique de la circulation, mais qu'il faut y joindre les mouvements des tuniques vasculaires, les actes locomoteurs, l'influx nerveux agissant sur toutes les parties vivantes, et surtout la pesanteur de l'air, force la plus importante, peut-être, quoique généralement négligée. La pression atmosphérique, dit-il, limite les effets de la circulation centrale, et favorise celle centripète des capil-

laires et des vaisseaux veineux. Beaucoup d'expériences sur les animaux ayant pour but d'apprécier le mécanisme de la circulation sont entachées d'un vice radical, parce qu'elles ont été exécutées en dehors de cette influence. Parmi ces causes qui nous semblent incontestables, ne serait-il pas raisonnable d'admettre encore, chose que tendent à prouver les observations microscopiques, l'obéissance des molécules sanguines elles-mêmes à un principe qui les anime?

Relativement aux causes immédiates du choc du cœur, objet de si graves dissidences, M. Gendrin combat avec avantage l'opinion de Senac, qui l'attribuait au redressement de la courbure de l'aorte pendant la systole ventriculaire. Pour lui, sans rejeter diverses conditions secondaires, ce choc est particulièrement dû aux changements de forme que la contraction des ventricules fait subir au cœur, lequel, par un mouvement instantané et presque convulsif, devenant sphérique, trouve en arrière de la poitrine un point d'appui qui le projette en avant par un véritable contre-coup.

M. Gendrin étudie ensuite les bruits normaux du cœur. Il expose et critique les théories nombreuses proposées pour en donner l'explication. Sa réponse est négative à cette question : la tension des valvules mitrale et triglochyne concourt-elle à la production du bruit systolique? C'est dans la contraction des ventricules, dans les vibrations qu'elle imprime à la colonne amoindrie du sang, qu'il place la cause du premier bruit. Le second provient au contraire du relâchement diastolique et des vibrations qui résultent de la percussion du liquide à la base des ventricules. Cette manière de voir ne nous semble pas

fondée. Il est, selon nous, impossible de ne pas attribuer au jeu des valvules une grande part d'influence dans les phénomènes des bruits du cœur ? Et certes cette influence ne doit pas être la seule. La contraction ou la dilatation des ventricules, le frottement du sang contre les parois ventriculaires, les colonnes charnues et les orifices des valvules, les collisions des molécules sanguines, etc., tout cela sans contredit a son rôle déterminé, et la preuve n'en serait pas difficile à établir.

A ces développements physiologiques succède l'examen des phénomènes morbides. Dans les troisième, quatrième, cinquième et sixième leçons, l'auteur traite successivement des *palpitations*, du *déplacement de la pointe du cœur*, des *changements dans la sonoréité de la région précordiale*; des *modifications des bruits normaux du cœur*; des *bruits anomaux du même organe*, des *bruits artériels*. M. Gendrin entend par bruits anomaux ceux qui ont leur siége en dehors du cœur et notamment dans le péricarde.

Plus loin il insiste longuement sur un phénomène remarquable, le gonflement des veines jugulaires. Ce gonflement se présente sous deux formes : dans la première, qui constitue le gonflement par *congestion*, les jugulaires éprouvent une distension insolite sans manifester de battements. Cet état coïncide d'ordinaire avec un obstacle mécanique dans les cavités droites du cœur; dans la seconde, ou gonflement par *recurrence*, des battements isochrones aux pulsations du pouls accompagnant la tuméfaction des veines. Ce symptôme indique nécessairement l'insuffisance de la valvule triglochine. A cette occasion M. Gendrin signale un fait curieux qui n'a point encore été remarqué : c'est que cette insuffisance de la valvule

auriculo-ventriculaire droite est loin d'être rare. Elle existe presque constamment dans les affections du cœur très avancées, et spécialement du cœur gauche, dont elle est un résultat fréquent et en même temps favorable; car si la gêne de la circulation dans les poumons, forçant alors le sang de l'artère pulmonaire et du ventricule droit à refluer dans l'oreillette droite, amène la dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire, cette dilatation, à son tour, en permettant au sang, que ne peut recevoir l'artère pulmonaire, de remonter dans l'oreillette droite, affaiblit l'effet des causes de la congestion et de l'infiltration dans l'organe respiratoire.

Les caractères très variables du pouls fournissent dans les affections du cœur d'importantes indications que M. Gendrin a également fait ressortir d'une manière exacte. Il en est de même de l'anasarque et des hydropisies qui compliquent si souvent ces tristes affections. Mais ces complications, avant d'apparaître, sont précédées d'une disposition morbide jusqu'ici inaperçue, et sur laquelle M. Gendrin a vivement appelé l'attention; c'est la *diurèse colliquative*, ou augmentation de la sécrétion urinaire. Destinée sans doute à remédier à la pléthore séreuse que tout obstacle sérieux à la circulation occasionne dans les tissus affaiblis, cette diurèse, qu'il ne faut pas confondre avec l'albuminurie, prévient ou retarde le développement de l'œdème et ses conséquences.

M. Gendrin consacre deux leçons à l'histoire des congestions sanguines et des hémorrhagies symptomatiques qui s'opèrent si souvent alors dans les divers organes. Il les examine, d'après leur degré de fréquence, dans le foie, les intestins, les poumons, l'encéphale et d'autres parties

encore où elles se montrent plus rarement et ont moins d'importance. D'habitude on rapporte à l'énergie inharmonique du ventricule gauche hypertrophié, les apoplexies qui surviennent chez les individus affectés de maladies du cœur. M. Gendrin n'est pas de cet avis, dans la majorité des cas du moins. Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait la coïncidence, qui est presque *exceptionnelle*, de cette hypertrophie et de l'inocclusion de l'orifice aortique. Si cette ouverture est retrécie, ce qui a presque toujours lieu, l'impulsion de la colonne sanguine est ralentie, comme elle l'est encore lorsque la valvule mitrale est insuffisante.

Un dernier et fâcheux accident judicieusement analysé par M. Gendrin, c'est la gangrène symptomatique qui se déclare à la fin des maladies du cœur ou des artères. Dans l'opinion de M. Gendrin, cette gangrène n'est pas l'effet de la seule lésion cardiaque, mais plus encore de la détérioration des solides et des liquides qu'on observe dans ces circonstances. C'est aussi à tort, selon lui, lorsqu'à l'autopsie on trouve les vaisseaux artériels obstrués par des concrétions sanguines, qu'on attribue la gangrène à cette obstruction. « Il suffit, dit ce praticien, de suivre attentivement la succession des phénomènes morbides, pour « reconnaître que toujours la gangrène a de fait de grands « progrès à l'extrémité des membres, quand la circulation « se suspend dans les artères, et cette suspension arrive « constamment de bas en haut et de la circonférence au « centre. » Penser différemment est donc prendre l'effet pour la cause.

Ici, c'est-à-dire avec la douzième leçon, se termine réellement la première partie du travail de M. Gendrin. Mais avant d'aborder directement la seconde, ce médecin

a cru devoir indiquer la classification générale des maladies du cœur, et établir quelques préceptes pour guider ses lecteurs dans l'exploration si difficile des phénomènes de ces maladies. Tel est l'objet de la treizième et dernière leçon. — Voici les cinq classes adoptées par M. Gendrin : 1° *Phlegmasies du cœur et des grosses artères*; 2° *Anomalotrophies du cœur et de ses annexes*; 3° *Hétéro-sarcoses du cœur et de ses annexes*; 4° *Cachexies, dans lesquelles les organes circulatoires et leur contenu sont le siège des principaux phénomènes morbides*; 5° *Névroses du cœur*.

Dans un prochain article, nous aurons à juger du mérite de cette division, en suivant M. Gendrin dans les développements de son sujet.

Dr De Lasiauve.

Histoire de la génération et du développement, par le docteur Rodolphe Wagner, professeur à l'Université d'Erlangen, etc., traduit de l'allemand par Adolphe Habets, docteur en médecine et en chirurgie, membre du conseil de salubrité publique de la province de Liége, avec des additions communiquées par l'auteur. 1841. 1 vol. in-8° d'environ 220 pages. — A Paris, chez Cousin, libraire-éditeur, rue Jacob, 21.

Lorsqu'il considère l'ensemble admirable qui règne entre les parties innombrables et si diverses des œuvres de la création, l'observateur attentif finit toujours par distinguer les relations prochaines ou éloignées qui existent entre elles, l'enchaînement non interrompu qui lie l'être dont l'organisation semble la plus simple avec celui dont elle est la plus compliquée et la plus parfaite. Il ne peut enfin mécon-

mettre l'unité de plan qui préside à la grande diversité des phénomènes. Mais les hommes, pour se rendre compte des merveilles incessantes qui se reproduisent chaque jour sous leurs yeux, ont été contraints de les étudier d'abord une à une, et avant qu'ils aient pu rassembler une certaine somme d'observations, les grouper par ordre de similitude, saisir leurs rapports, les phénomènes généraux leur ont échappé. Telle a été surtout la marche qu'ils ont suivie dans l'étude de la physiologie; l'histoire de la génération qui y occupe une place si importante n'a dû les progrès si grands qu'elle a faits dans ces dernières années qu'à l'esprit philosophique qu'ont cherché à y introduire les savants Français, Italiens, Anglais et surtout Allemands. Leurs minutieuses recherches ont fait comprendre la nécessité de rattacher à un type l'origine de tous les êtres organisés, quelle que fût la complication de leur développement ultérieur. Ce principe, regardé pendant longtemps comme une hypothèse gratuite, commence à trouver actuellement de nombreux partisans que lui attire l'évidence des faits. L'ouvrage dont nous nous occupons, et qui n'est que la première partie d'un traité général de physiologie, consacre cette unité dans les phénomènes primitifs. Le docteur Wagner, que ses travaux ont placé depuis longtemps au premier rang des physiologistes de l'Allemagne, a cherché, par la réunion des connaissances acquises avant lui, par ses nombreuses recherches faites avec le talent d'observation qu'on lui connaît, par une appréciation sage et consciencieuse de la valeur des faits, par les déductions rigoureuses qu'il en a tirées, à mettre en évidence cette grande vérité, tout en dépouillant le plus possible la science du fatras d'hypothèses dont elle est surchargée. Les faits seuls bien

avérés ont trouvé place dans son livre destiné à l'enseignement.

Le professeur d'Erlangen a cru, afin de suivre une méthode plus didactique, pouvoir commencer l'histoire physiologique de l'homme par celle de sa formation. Dans l'acte de la génération, chez tous les animaux et chez l'homme, deux substances différentes sont mises en présence, la substance généralisée mâle ou le sperme, et la substance généralisée femelle ou l'œuf : de leur pénétration intime résulte l'embryon. Parmi les divers éléments microscopiques du sperme, les spermatozoaires paraissent exister dans toutes les classes de l'échelle animale; partout ils naissent, réunis en faisceaux, dans les vésicules à nuclei que contiennent les testicules, à partir de l'époque de la puberté, ou au moment du rut chez les animaux qui vivent en liberté. Ils ont des mouvements et des formes propres, et, ce qui est singulier, c'est que souvent les plus grands spermatozoaires se trouvent chez les animaux qui ont les plus petites dimensions. C'est chez les poissons qu'ils conservent le plus longtemps leurs mouvements après la mort. Quoi qu'il en soit, tout fait penser à M. Wagner que ce ne sont pas de véritables animaux, et ils doutent qu'ils soient doués d'une organisation bien déterminée.

Le contact des deux substances, sperme et œuf, est nécessaire pour qu'il y ait fécondation véritable, et il suffit, chez les espèces animales élevées, que le sperme pénètre dans le col utérin, où il est transporté d'abord par les mouvements ciliaires qui règnent à sa surface et sur celle de l'utérus, puis sans doute par les contractions des trompes et les mouvements particuliers des spermatozoaires jusque sur l'ovaire lui-même; c'est un fait qui est maintenant

hors de doute pour M. Wagner, qui a vu, ainsi que Bischoff, les spermatozoaires se mouvoir avec une grande rapidité sur l'ovaire de quelques chiennes, et quelques ovules indiquer par leur turgescence leur fécondation récente. Du reste, on ne saisit aucun rapport entre la quantité du sperme contenu dans les organes femelles et sa force fécondante ou le nombre d'œufs fécondés. Jamais on ne voit les animalcules spermatiques pénétrer l'ovule, et l'opinion qui suppose qu'ils contribuent à former une partie du nouvel être, est une hypothèse dénuée de tout fondement.

Les œufs, chez tous les animaux, se forment dans les ovaires de la femelle, et sont contenus dans les cellules de ceux-ci, qui, lors de la fécondation, se tuméfient par l'effet du développement des vaisseaux sanguins. Ceux-ci fournissent à l'ovule une couche extérieure (*theca*) qui recouvre une membrane sans organisation, le chorion, lequel enveloppe le vitellus renfermé lui-même dans sa membrane propre; enfin, au centre du globule vitellin, se trouve la vésicule germinative sur laquelle on remarque la tache ou macule proligère. Les œufs ainsi constitués, sauf le theca, existent tout formés dès la naissance chez tous les animaux, et ce qui caractérise ceux qui sont arrivés à maturité et propres à être fécondés, c'est le développement plus grand du vitellus. Mais, en général, dans toutes les classes, ce sont la vésicule et la macule proligères qui atteignent le plus tôt leur formation complète. L'excessive petitesse de l'œuf chez l'homme et les mammifères dépend de la très-petite quantité de vitellus qu'il renferme, et il existe chez lui une différence frappante sous le rapport du lieu d'insertion de la vésicule proligère, c'est que le disque

l'amnios entoure de très-près l'embryon, et l'allantoïde fait hernie à l'extrémité inférieure du canal digestif, etc. Cet exposé, qui est le résultat des recherches nombreuses de M. Wagner et des observations de Bischoff, Prevost et Dumas, Baer, Coste, Bojanus, montre l'harmonie qui existe dans la formation des embryons chez les oiseaux et les mammifères; et la période du développement qu'il renferme, correspond à peu près aux quatre premières semaines du développement de l'embryon humain.

Les ovules humains les plus jeunes et les plus réguliers que l'on connaisse jusqu'à présent, avaient environ trois semaines, et à cette époque présentaient absolument les mêmes phénomènes de développement que ceux dont il vient d'être question. Ainsi même disposition de la decidua, du chorion, de l'amnios, de la large ouverture de l'abdomen, de la vésicule ombilicale, de l'allantoïde, etc., etc.

L'auteur, après avoir indiqué l'évolution des divers organes de l'embryon dans les semaines et les mois suivants, la disparition successive des corps de Wolff, le développement et l'atrophie des capsules surrénales, etc., etc., démontre encore, à l'aide de plusieurs rapprochements, la très-grande analogie qui existe dans ces différents rapports, pendant les premiers temps, entre l'embryon humain et celui des mammifères. Voici quelques-unes de ses opinions sur le développement des annexes du fœtus. La caduque ou decidua, est le résultat d'une exsudation de la surface interne de l'utérus, qui remplit les nombreuses et petites cavités qu'elle offre. Les vaisseaux de l'organe utérin croissent et se développent dans cette exsudation, qui, refoulée par l'œuf en un point de sa surface, se réfléchit sur lui et forme peu à peu deux feuillets qui finis-

sant par s'accoler. Le point où l'œuf a pénétré est fermé par le placenta recouvert lui-même par la decidua serotina.

Wagner admet donc complètement les opinions admises depuis longtemps parmi nous, et, suivant lui, la raison de la différence qui existe entre la caduque de l'homme et celle des animaux, chez lesquels elle ne se réfléchit pas, se trouve dans la structure même de leur utérus, où l'oviducte se prolonge immédiatement en s'élargissant pour former l'utérus, tandis que chez l'homme il ne s'abouche que par un orifice étroit et à angle droit avec cet organe.

Le chorion existe dès l'origine comme membrane externe et propre de l'œuf. Il n'offre, vers quatre semaines, que des villosités courtes, cylindriques, serrées; plus tard elles s'éloignent un peu les unes des autres, ont des extrémités étroites, arrondies, qui se ramifient peu à peu, deviennent filiformes, et offrent des extrémités vésiculeuses qui s'enfoncent dans les vacuoles de la caduque. Le chorion ne contient pas de vaisseaux; mais, à l'endroit où doit se former et où se forme le placenta, les villosités creuses contiennent les vaisseaux sanguins entourés de l'allantoïde, qui pénètrent jusqu'à leurs extrémités. Là où ce phénomène a lieu, on peut séparer le chorion en un feuillet externe (exochorion) et un feuillet interne (endochorion). Ce dernier est considéré, par Burdach, comme le résultat de l'adhérence de l'allantoïde. Enfin, entre le chorion et l'amnios existe une masse albumineuse qui, vers le troisième mois, produit, par le rapprochement de ses parties, une membrane intermédiaire en forme de toile d'araignée, et appelée tunica media : c'est le tissu réticulé regardé par M. Velpeau comme l'allantoïde. Quant à l'amnios ou feuillet séreux qui se trouve presque contigu à

le huitième et le quatorzième jour ; même composition et même développement des divers éléments de l'ovule. Nous avons retrouvé avec plaisir, dans l'ouvrage de M. Wagner, des opinions admises depuis longtemps parmi les physiologistes français, et d'autres qu'ils cherchent à faire prévaloir. La formation et le développement des caduques, sont en tout semblables à celles admises par MM. Moreau, Velpeau, et une grande partie de l'école française; seulement M. Wagner croit que l'existence ou la non existence des ouvertures ou des prolongements de la decidua n'offre rien d'essentiel. Les travaux de MM. Prévost et Dumas, et de M. Coste, sur le développement de l'ovule, surtout chez les chiens et les lapins, travaux auxquels l'auteur rend toute justice, lui ont fourni d'utiles considérations, et concordent assez bien sur la plupart des points; mais la description que ces auteurs ont donnée de la formation des feuillets séreux et muqueux est toute différente. La disposition et le développement attribués à la vésicule allantoïde diffèrent sur plusieurs points essentiels de ceux que leur a assignés M. Coste; ainsi ce dernier auteur, comme M. Wagner, fait bien concourir les vaisseaux allantoïdiens, ou, pour mieux dire ombilicaux, à la formation du placenta, mais il suppose que l'allantoïde se développe à l'extérieur du chorion, tandis que, suivant M. Wagner, elle s'étale entre l'amnios et le chorion, comme cela est plus vraisemblable, et fournit ses vaisseaux aux villosités de cette dernière membrane. Cette description se rapproche beaucoup plus de ce qui se passe chez les mammifères. Quant à l'opinion de MM. Breschet et Velpeau, qui suppose que le magma réticulé interposé au chorion et à l'amnios, est l'allantoïde elle-même, l'auteur prouve

qu'elle est complètement erronée, et que ce qu'ils ont pris pour les traces de cette vésicule, n'est que le résultat de la condensation d'une masse albumineuse à mailles réticulées, et le feuillet séreux externe de l'amnios qui forment ce qu'on appelle la tunica media par le rapprochement successif de l'amnios et du chorion ; l'allantoïde, en effet, se borne à une portion limitée de la surface interne du chorion, à l'endroit où se développe le placenta, et disparaît assez rapidement ou forme une partie de l'endochorion. L'espace nous manque pour signaler les autres point divergents, que, du reste, on ne peut bien saisir qu'à la lecture. L'ouvrage de M. Wagner est enrichi de très-nombreuses annotations tirées d'une multitude d'auteurs, ou communiquées par eux-mêmes, et parmi lesquels se trouvent Bischoff, Burdach, Baer, etc. L'auteur a ajouté à la fin deux chapitres importants qui résument les idées de Valentin et de Schwann, sur la genèse des tissus animaux. Il faut dire qu'il a laissé à chacun des auteurs auxquels il a fait des emprunts, ses propres découvertes et ses opinions avec un désintéressement digne d'éloges, parce qu'il est assez rare; et partout la franchise avec laquelle il s'exprime montre qu'il a été guidé par un véritable amour de la vérité. Un des principaux mérites de cette première partie du Traité de Physiologie est d'être écrit avec une grande concision, sans sécheresse cependant, d'être dépouillé, autant que possible, des innombrables théories dont fourmille l'histoire de la génération, et par conséquent, de renfermer une multitude de faits sous une forme précise, sans s'attacher à discuter les résultats des observations douteuses ou incomplètes. En effet, cet ouvrage est destiné surtout aux jeunes gens qui commencent l'étude de la

physiologie, et aux médecins, qui, sans vouloir approfondir la science, désirent se tenir au courant de ses progrès; aussi, pour le rendre plus utile, M. Wagner y indique-t-il les moyens de répéter à peu de frais les observations qu'il rapporte. Mais c'est précisément à cause du but que s'est proposé l'auteur, qu'il faut lui adresser un reproche, que, du reste, il est rare de ne pas appliquer en général aux travaux de ceux qui ont cherché à éclaircir l'histoire embrouillée de la génération et du développement. M. Wagner n'a pu éviter la multiplicité et la confusion des termes, il n'a pas cherché à renfermer leur synonymie si nombreuse dans des limites exactes et nécessaires, et nous sommes d'autant plus étonné qu'il n'ait pas remédié à ce défaut dans une étude où la clarté est la condition première, que partout ailleurs il a compris que la concision et la précision étaient indispensables. Nous lui reprocherons aussi, dans les descriptions, une marche parfois trop peu régulière qui l'oblige à des redites, et peut nuire à l'intelligence du texte. Néanmoins, c'est un traité précieux, qui promet une suite fort intéressante, et que tous les physiologistes pourront consulter avec fruit. Nous ne voulons pas terminer sans dire un mot sur la traduction, que M. Habetz a rendue aussi exacte et aussi correcte que possible, malgré les difficultés de toute nature dont est hérissé le genre de style de la physiologie; elle suppose un homme parfaitement familiarisé avec cette science; et chacun appréciera, sans aucun doute, le service qu'il a rendu à l'école française, en lui faisant connaître l'œuvre du professeur d'Erlangen et de plusieurs autres savants dont l'Allemagne s'honore.

Dr Devilliers fils.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Altérations qu'éprouve le sang pendant la respiration. — Emploi du sulfure de chaux dans les hydropisies. — Ramollissement chondroïde d'une partie des os de la face et du crâne. — Mort subite par rupture spontanée de la rate à la suite des fièvres intermittentes.

Archives générales de médecine (Février 1842.)

Mémoire sur les altérations qu'éprouve le sang pendant la respiration, par le docteur L. Mandl. — Ce mémoire a pour but une nouvelle explication des phénomènes dont le poumon est le siége pendant l'acte de la respiration. Tout le monde sait, dit l'auteur, que la transformation du sang de veineux en artériel s'accompagne de ce phénomène, savoir : que l'air respiré contient moins d'oxygène et plus d'acide carbonique que l'air inspiré. Toutefois, ajoute-t-il la quantité d'oxygène absorbée est plus considérable que celle contenue dans l'acide carbonique expiré. En outre, une certaine partie de l'azote de l'air inspiré disparaît ; il se trouve aussi de l'azote dans l'air, mais les rapports entre ces deux quantités d'azote sont encore inconnues. Davy croyait avoir observé que l'azote de l'atmosphère diminue constamment; Allen et Pepys n'ont vu ni augmentation ni diminution, tandis que Bertholet, Nysten, Dulong et Despretz ont trouvé dans l'air expiré plus d'azote.

Après avoir ainsi exposé l'état actuel des connaissances sur les phénomènes qui se passent pendant la respiration, M. Mandl trace un court résumé des efforts qu'on a tentés pour en rendre compte depuis le perfectionnement des théories chimiques.

Selon Lavoisier, Laplace et Proust, le sang exhalerait un liquide composé de carbone et d'hydrogène, et ces éléments, en se combinant avec l'oxygène, formeraient de la vapeur d'eau et de l'acide carbonique. Lavoisier déduisit aussi de là la cause de la chaleur, cause admise jusqu'à présent. Mais ce qui infirme cette théorie, c'est que d'une part les poumons ne sont pas plus chauds que les autres parties du corps, qu'il s'évapore de l'eau organique sur toutes les surfaces, même lorsque les animaux sont plongés dans l'hydrogène, et que cette quantité augmente si on ajoute de l'eau dans les veines, et d'autre part que le sang, débarrassé de l'acide carbonique sous la cloche pneumatique, ne devient pas plus rouge pour cela.

Davy croyait que l'air pénètre dans les cellules pulmonaires, et s'y combine avec les globules sanguins.

D'autres auteurs ont pensé que l'oxygène de l'air se combinait en partie avec le carbone du sang, ce qui donnait lieu à la formation du gaz carbonique expiré, et en partie avec le sang lui-même, ce qui le rendait vermeil et propre à la vie. M. Mandl admet l'action de l'oxygène sur le sang; mais non la formation de l'acide carbonique dans le poumon.

D'après Lagrange et Hassenfratz, le gaz acide carbonique ne se forme que pendant la circulation, l'oxygène n'étant en quelque sorte qu'en suspension dans le sang, et chemin faisant dans le système capillaire et les veines s'unissant au carbone. C'est l'acide formé de la sorte qui s'exhalerait dans la respiration. L'acide carbonique se trouve en effet dans le sang veineux suivant les expériences de Vogel, Home, Brande, Scudamore, Collard de Martigny; et Davy a constaté la présence de l'oxygène dans le sang artériel.

Hevens attribue au sérum la couleur vermeille des globules sanguins qui sont naturellement bruns. Si, en effet, en lavant un caillot rouge, on le prive de son sérum, ce caillot devient noir. Le gaz carbonique noircit également le sang, et sa sortie des poumons explique assez l'hématose. Mais l'expérience pneumatique citée plus haut détruit cette dernière théorie. De Mask croit au dégagement de l'acide carbonique et à l'oxydation du sang.

Certains chimistes considèrent l'acide carbonique comme un produit de sécrétion, parce que son exhalation continue si l'on fait respirer les animaux dans des gaz privés d'oxygène. Mais ceci, dit M. Mandl, n'empêche pas la présence de ce gaz dans les veines, contre laquelle se sont élevés ces chimistes. Mitscherlich, Gmelin Tiédemann, ont, dans ces derniers temps, exposé une théorie particulière, mais tout hypothétique, c'est que les acides lactique et acétique se trouvant à l'état libre ou de combinaison dans les différents liquides de l'organisme, et le sang artériel contenant moins de sous-carbonate de soude que le sang veineux, il se formerait pendant la respiration de l'acide acétique, que décomposerait le sous-carbonate; ce qui pourrait expliquer l'expiration du gaz carbonique et l'absorption de l'oxygène en proportions inégales.

Ces théories exposées, M. Mandl cherche à tirer quelques lumières de l'examen de faits anatomiques et physiologiques. Selon lui, les vaisseaux capillaires qui unissent dans le poumon les systèmes artériel et veineux, sont très-serrés et d'un diamètre vingt fois moindre que celui des cellules aériennes. Il compare le poumon à une glande; on y retrouve la ramification des conduits excréteurs en forme d'arbre, leur terminaison en cul-de-sac, sans anastomose, etc. Partant de ces idées, il assimile la

respiration aux autres sécrétions; mais il penche à croire, par diverses raisons, que les matériaux de ces sécrétions, l'urine, la bile, le sperme, etc., existent tous formés dans le sang, chose qui n'est rien moins que douteuse. Il s'ensuivrait que le gaz carbonique et l'azote étant expirés, pourraient par cela même se trouver préalablement dans le sang veineux.

Il résulte, en effet, des expériences de Magnus, que les gaz entrent pour 1/10 dans le volume du sang. L'oxygène est, dans le sang veineux, en proportion d'un quart avec l'acide carbonique, et de la moitié dans le sang artériel. Muller le croit combiné avec les globules sanguins; M. Mandl ne partage pas cette opinion. M. Mandl cite ensuite diverses expériences plus ou moins probantes sur la présence des gaz dans le sang, et arrive à celles d'Hoffmann, Hévens, Bertuch et Magnus, qui consistent à faire traverser le sang par divers gaz, et à développer de la sorte du gaz carbonique. On a expérimenté en général sur des grenouilles, que l'on enfermait dans des vases contenant des gaz dépouillés d'air et d'acide carbonique. Quelques-unes des expériences laissent à désirer; la plupart sont irréprochables, à raison des précautions qu'on a prises, et l'on est arrivé à ce résultat: qu'une grenouille en six heures fournit un demi-pouce cubique de gaz carbonique. Bischoff a dernièrement fait la part de celui rendu par la peau, et qui est d'un cinquième de pouce pendant huit heures.

Si les gaz expirés sont réellement contenus dans le sang, quelle est maintenant la cause de leur dégagement ou sécrétion? Ici M. Mandl fait intervenir les lois qui président à l'endosmose et à l'exosmose. Si deux gaz séparés par une membrane se mêlent, si une vessie mouillée permet aux gaz extérieurs de pénétrer les liquides qu'elle contient, si

du sang noir que renfermerait cette vessie se colore en rouge au contact de l'air, on conçoit qu'il n'est pas besoin d'admettre l'existence de bouches ouvertes dans les tubes capillaires du poumon, et que l'influence de l'air se fera sentir, facilement sur le sang, à travers le tissu fin des parois cellulaires, de même que les gaz intérieurs s'exhaleront de l'intérieur des capillaires sanguins, au dehors, à travers ces mêmes parois. En un mot, les gaz intérieurs et extérieurs se mettent en équilibre, et si l'air expiré reçoit du gaz carbonique, le sang transformé entraîne l'oxygène de l'air.

Ainsi, en résumant ces considérations, voici la manière dont M. Mandl envisage ce point théorique de la fonction respiratoire.

A ses yeux, les poumons fonctionnent comme les glandes. L'expiration n'est que la sécrétion des gaz contenus dans le sang.

L'échange a lieu d'après les lois de l'endosmose et de l'exosmose. Le sang veineux étant plus riche en azote et en acide carbonique et moins en oxygène, nécessairement l'air expiré doit être plus chargé de ces gaz que l'air pur, et le sang artériel plus riche en oxygène que le sang veineux. Cet échange s'opère dans les tubes capillaires du poumon. Il est probable que des phénomènes semblables ont lieu dans les vaisseaux capillaires des autres parties du corps.

L'acide carbonique, trouvé dans le sang, est en quantit suffisante pour expliquer celle du même gaz expiré.

Quant au changement de couleur, M. Mandl l'attribue à l'absorption et à la soustraction simultanées des deux gaz oxygène et carbonique, et non point à l'une des deux circonstances isolément. DELASIAUVE.

Journal des connaissances médico-chirurgicales. (Février 1842.)

I. — *Emploi du sulfure de chaux dans les hydropisies.* — Cette substance, dont on se sert avantageusement contre certaines maladies chroniques de la peau, ayant été vantée par M. le docteur Pihorel pour la guérison des hydropisies, M. le docteur Laugier, médecin à l'hospice de Barjols, a voulu en faire l'essai, et les effets n'ont pas trompé son attente.

Il cite entre autres les deux faits suivants : 1° Une jeune fille de 20 ans avait depuis deux ans une ascite que dans l'origine on croyait être une grossesse. Traitée inutilement par différents moyens, elle vint chez M. Laugier, se plaignant en outre d'une gale invétérée. L'occasion était doublement favorable pour employer le sulfure de chaux. M. Laugier prescrivit donc, selon la méthode du docteur Pihorel, des frictions dans la paume des mains, avec un mélange de 2 grammes chaque fois de sulfure avec suffisante quantité d'huile, jusqu'à ce que l'absorption de cette pommade fût complète, ce qui dure toujours un quart-d'heure. On continua ces frictions matin et soir pendant huit jours. Au bout de ce temps, l'affection psorique et l'ascite avaient disparu.

2° Un vieillard, à la suite d'une pleurésie, eut une hydrothorax avec anasarque complète. Fatigué de toute espèce de traitement, on désespérait de ses jours. Quinze jours des mêmes frictions le soulagèrent considérablement; mais une récidive ayant eu lieu, il suffit de quelques frictions encore pour le guérir tout-à-fait. Depuis trois ans, sa santé est parfaite. M. le docteur Laugier indique qu'on peut faire coïncider avec ce moyen externe un traitement intérieur.

II. — *Réunion de parties complètement séparées.* — A l'appui de plusieurs faits déjà mentionnés dans la *Revue Médicale*, et notamment d'une observation de M. Dubroca, nous pouvons ajouter ceux qui suivent de M. Vivefoi, docteur-médecin à Rouen : 1° Un garçon de pharmacie se coupe l'extrémité de l'annulaire. L'extrémité détachée fut réappliquée et maintenue au moyen de bandelettes agglutinatives. Quelques jours après elle était consolidée, l'épiderme était mortifié, un fragment d'ongle tomba, l'un et l'autre se reproduisirent. 2° Un scieur de long s'étant coupé avec sa scie une portion considérable du pavillon de l'oreille, cette portion ne tenait au reste que par un très-étroit pédicule, ce qui n'empêcha pas la réunion et la consolidation de la plaie.

Nous avons eu, pour notre compte, à traiter un cas semblable à ce dernier. Un fort garçon de 20 ans, dans une rixe avec un de ses camarades, eut l'oreille entière emportée par une morsure. Elle n'adhérait plus que par un mince filet. Elle fut rajustée et assujettie à l'aide de bandelettes. Un mois après on apercevait seulement une cicatrice linéaire.

III. — *Ramollissement chondroïde d'une partie des os de la face et du crâne.* — Dans l'établissement d'aliénés de Rennes, dirigé par M. Chambeyron, existait depuis 1836 une malheureuse femme atteinte de manie depuis 20 ans. Pâle, jaune, amaigrie, sans vice de constitution néanmoins, elle travaillait encore et était le plus souvent taciturne et tranquille. Si elle était contrariée, c'est alors qu'elle entrait en agitation, ses yeux s'animaient, ses paroles étaient volubiles, tout-à-fait incohérentes. A quarante-cinq ans la menstruation avait cessé, sans apporter dans son état aucun changement sensible.

Telle était sa situation, lorsqu'au mois de juillet 1841, à l'âge de quarante-neuf ans, elle commence à perdre l'appétit, à maigrir davantage, à s'alanguir. En même temps elle ressent, dans la région de l'articulation temporo-maxillaire gauche, de la douleur, qui augmente à la pression ; les mouvements de la mâchoire sont gênés ; à peine peut-elle ouvrir la bouche. Sangsues, vésicatoires à la morphine, cataplasmes laudanisés, etc., échouent. La région temporo-maxillaire s'affecte bientôt de la même manière. La joue droite devient le siége d'un peu de gonflement qui disparaît ; enfin des tuméfactions insolites au niveau des articulations indiquées existent, et les mâchoires éprouvent de la déviation ; les dents, quoique saines, ne se correspondent plus exactement. Un grand nombre de médecins visitent la malade, et leurs avis sont très-partagés. On croit généralement à des tumeurs qui auraient envahi les os à l'intérieur, et dont les tumeurs extérieures ne seraient que le relief ; quelques-uns croient que l'altération existe aux os maxillaires seuls. Enfin la malade finit par succomber au marasme le 18 décembre 1841.

On procède à l'autopsie et on trouve un ramollissement presque général des os de la face et de la base du crâne, que le bistouri traverse dans leurs parties altérées, comme si c'était du cartilage un peu mou. L'aspect de leur coupe est lardacé. Dans les parties articulaires il y a disjonction et par conséquent mobilité des diverses pièces ; certaines parties ont subi même une perte de substance par absorption. Il y a peu de gonflement dans les parties molles.

L'apophyse basilaire, le corps et les ailes du sphénoïde, les deux rochers, les deux côtés du coronal jusqu'à la crête qui borne en avant la fosse temporale, à

part quelques lamelles osseuses, ressemblent aux os ramollis par l'acide nitrique. Cependant la portion orbitaire du frontal, l'ethmoïde et la portion écailleuse du temporal gauche sont saines.

Les os propres du nez et le vomer ne participent point à l'altération; l'os malaire et le maxillaire supérieur gauche ont peu souffert; mais la portion zygomatique du temporal, la moitié extérieure du malaire droit et sa portion orbitaire, celle orbitaire du maxillaire supérieur sont ramollies; la partie antérieure de ce dernier a été absorbée, et on voit dans le sinus à travers une ouverture de plus de trois centimètres; le rebord alvéolaire est également ramolli en arrière; les cornets flottent suspendus à la muqueuse; l'apophyse montante est en partie cartilagineuse ou détruite; la voûte palatine, saine en avant est altérée en arrière, à partir de la première molaire droite et de la deuxième molaire gauche; la muqueuse est peu malade, et, malgré ces désordres, l'œil a conservé sa position.

Le corps du maxillaire inférieur, à partir de la deuxième molaire droite, est cartilaginifié jusqu'à l'angle. Le condyle, le col, l'apophyse coronoïde ont disparu; le masséter est raccourci, dur et saillant, et c'est lui qui donnait lieu à la tuméfaction qui abusait pendant l'exploration. L'angle gauche, l'apophyse coronoïde du même côté sont aussi malades, celle-ci un peu moins. Le condyle est sorti de la cavité glénoïde; les dents sont saines et ont leur direction normale, à l'exception des deux premières grosses molaires supérieures droites, qui sont mobiles et déjetées en avant.

Les exemples d'une altération aussi considérable de cette nature sont rares dans la science, et M. Chambeyron, malgré les douleurs qui ont existé, pense qu'elle

n'est point due à un travail inflammatoire. Il croit qu'elle a procédé du dedans au dehors, et fait remarquer qu'elle a suivi dans son développement une loi opposée à celle de l'ostéogénie en faisant passer les os de l'état osseux à l'état cartilagineux, puis celluleux, etc. Il ne parle point des rapports qu'elle aurait pu avoir avec la maladie mentale; mais cela s'explique par la rapidité de l'autopsie, qui n'a pas permis de constater convenablement l'état du cerveau.

IV.— *Mort subite par rupture spontanée de la rate à la suite des fièvres intermittentes*, par M. Bodichon, docteur-médecin à Alger. — Le 18 octobre 1838, Chewre, ex-soldat de la légion étrangère, fut trouvé mort au milieu d'un buisson. On crut d'abord à un crime, mais aucune circonstance extérieure ne vint le révéler. Chewre avait éprouvé plusieurs récidives de fièvres intermittentes; son ventre était ordinairement très-volumineux, sa respiration très-gênée.

Voici ce qu'on trouva, entre autres, à l'autopsie, et ce qui donna l'explication de la mort. Une ponction faite au ventre tuméfié comme dans une ascite, laisse échapper une énorme quantité de sang. Les principaux vaisseaux sont vides; la rate oblongue de haut en bas et extraordinairement développée, occupe tout le flanc gauche, depuis le foie et l'estomac à droite, remonte dans la poitrine au niveau de la sixième côte et s'étend jusqu'au niveau du bassin. A la surface antérieure existe une déchirure, longue de 2 pouces et d'un pouce de largeur. La veine splénique est très-dilatée. Les aréolaires de la rate sont également très-larges, jusqu'à recevoir l'extrémité d'une sonde cannelée; cette disposition se remarque particulièrement aux environs de la déchirure. L'état de la rate était vrai-

ment anévrismatique, et l'engorgement mécanique que ce viscère avait subi, était tel que la rupture en a été la conséquence.

DELASIAUVE.

Bulletin général de thérapeutique

(15 et 30 mars 1842.)

Observations pratiques sur l'emploi du sulfate d'alumine dans le traitement de quelques angines gutturales aiguës ; par M. Perrin docteur en médecine. C'est dans les angines aiguës que ce médecin a expérimenté le sulfate d'alumine, principalement employé à résoudre l'injection chronique des membranes muqueuses. Toutefois M. Perrin pense que le succès de l'alun, contre l'angine aiguë, est subordonné à la nature catarrhale de la phlegmasie gutturale, à la coïncidence d'une atmosphère humide et froide, ainsi que cela existait dans les observations qu'il a rapportées. Nous croyons aussi que malgré la laxité des parties molles de l'arrière bouche et notamment des amygdales, un astringent aussi énergique que l'alun ne serait pas un moyen prudent dans l'angine aiguë franchement inflammatoire et spasmodique.

Dans les exemples d'angine catarrhale qu'il a observés, et dans lesquels l'alun paraît avoir opéré une résolution prompte, M. Perrin employait ce sel en poudre et mêlé à partie égale de sucre pulvérisé. Il insufflait une ou deux pincées de ce mélange pulvérulent à l'aide d'un tuyau de plume, en ayant soin que le tube approchât les parties enflammées et dépassât tout au moins le voile du palais.

Sur l'emploi du vomissement répété dans le traitement du croup confirmé par M. le doct DELARROQUE. Quiconque a éprouvé l'impuissance si ordinaire de la thérapeutique contre la marche si rapidement funeste du croup, ne peut qu'accueillir avec un véritable intérêt la mention de nouveaux moyens ou de nouvelles méthodes propres à triompher de cette redoutable affection. Déjà nous avons rendu compte d'une notice encourageante de M. Delarroque, insérée dans le bulletin thérapeutique, et c'est de la pratique du même médecin dont il est question aujourd'hui. Les vomitifs répétés dans le croup sont présentés de nouveau comme une ressource précieuse. Mais ce n'est pas la méthode vomitive telle qu'on l'emploie depuis longtemps qui peut obtenir ces succès; il faut la rendre continuellement active et persévérante, en administrant [illegible]

[illegible]

[illegible]

qui ont fait un usage hardi de vomitifs s'accordent tous à annoncer des succès nombreux, tandis que ceux qui se sont montrés plus timides ou qui ont employé d'autres agents thérapeutiques se disent moins heureux et moins confiants dans les moyens qu'ils recommandent. Jurine ne perd qu'un malade sur neuf; Albers et son compatriote Olbers affirment que le croup n'est jamais mortel, si le médecin est appelé au début de la maladie, et qu'il présente de grandes ressources tant que l'agonie n'a pas commencé.... Les docteurs Serlo de Crossen, père et fils ont obtenu des succès à peu près constants du sulfate de cuivre conseillé par le docteur Hoffmann... Sur douze malades également traités par le sulfate de cuivre, le docteur Dür n'en a perdu qu'un seul. » En vérité la thérapeutique du croup aura effectué un progrès immense le jour où la guérison sera la règle et la mort l'exception.

Dernièrement, M. le docteur Homole a communiqué à la société médico-pratique de Paris, quelques observations de croup dans lesquelles les émanations d'acide hydrochlorique versé dans une soucoupe à côté du malade, paraissent avoir réussi. On sait que la vapeur de cet acide agit vivement sur les voies respiratoires. Pourrait-il être utile dans le croup, en provoquant la toux et l'expectoration, en changeant la vitalité et modifiant la sécrétion de la membrane muqueuse bronchique, en modifiant la composition du sang? A. L.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

ANALYSE D'OUVRAGES.

Osservazioni e considerazioni intorno alle febri, memoria del professore Bufalini. — *Osservazioni sul sangue humano*; lettera di Bufalini al professore Panizza.

Les tendances médicales qui se prononcent de plus en plus, ce mouvement intellectuel auquel la *Revue* a contribué pour une grande part, la réaction nécessaire et de plus en plus manifeste contre des doctrines exclusives dont le triomphe n'a duré que quelques années, se font surtout remarquer dans les productions scientifiques des pays voisins. Les deux brochures dont on vient de lire les titres, en sont une preuve d'autant plus éclatante, que leur auteur, professeur illustre, praticien distingué, exerce sur l'art de guérir une légitime influence dans la péninsule transalpine, et qu'il a rallié à ses idées presque toute la jeune Italie. On y trouve hautement proclamés des principes soutenus souvent avec force et conviction dans ce recueil; ainsi M. Bulafini admet hardiment l'altération primitive des humeurs et du sang en particulier, comme cause essentielle de certaines maladies. Déjà, en 1813, il s'était séparé des solidistes exclusifs, et sa *Pathologie générale*, ouvrage trop peu connu en France, mais que l'Italie entière a adopté comme un travail à la fois consciencieux et profond, donne à cet égard des préceptes, qui, pour avoir été oubliés et méconnus un instant, n'en reposent pas moins sur des faits bien vus et bien interprétés.

L'école italienne, dont M. Bufalini est peut-être en ce moment le représentant le plus populaire, mérite d'être étudiée avec soin. L'auteur de cet article ne craint pas de dire hautement que dans sa pratique au lit du malade, comme dans

ses œuvres de réflexion, dans ses livres et dans son enseignement public, elle lui a semblé sage et intelligente. Il est allé dans ses magnifiques hôpitaux entendre ses leçons de clinique; il a compulsé les registres renfermant les secrets de ses méthodes curatives; aussi, à ses yeux, l'Italie contemporaine n'a rien à envier à ses illustres maîtres dans l'art de guérir; et Torti, Marcagni, Cotugno, Morgagni, Rasori et bien d'autres encore ont laissé de dignes successeurs. Ce n'est pas ici, selon lui, ni le lieu ni le moment de faire connaître les hommes à qui cet héritage est plus particulièrement dévolu. Il espère, dans quelques mois, et par un ouvrage *ex professo*, fournir la preuve de son opinion, en l'appuyant sur la comparaison de l'*Italie médicale* et de *la France médicale, sous le rapport de leur organisation administrative, de leurs doctrines et de leurs pratiques.* Il doit lui suffire aujourd'hui d'ajouter que les deux brochures dont il a annoncé l'apparition se font remarquer par une logique sévère, par une saine observation et par une élégance de style à laquelle M. Bufalini a depuis longtemps d'ailleurs habitué ses lecteurs. Nourri et pénétré de la lecture des anciens, au courant de tout ce qui s'est publié dans ces derniers temps en France et en Allemagne sur la science des maladies, le professeur de Florence s'y montre homme d'érudition et de progrès; il a concilié à la fois les sages préceptes de l'école antique, et les conquêtes contemporaines; s'il est hippocratiste, on devine qu'il a compris les enseignements des anatomo-pathologistes, et qu'il a su distinguer en un mot la véritable nature des affections morbides. C'est ce qui ressort surtout de son *Mémoire sur le sang*, qu'il a adressé, sans doute avec intention, au plus célèbre anatomiste de l'Italie moderne, à celui qui occupe avec gloire la chaire de Scarpa, au professeur Panizza, de Pavie.

H. COMBES (de Castres), prof. à l'École de Méd. de Toulouse.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Février et Mars 1842.)

Eaux minérales de l'Algérie. — Anatomie microscopique. — Origine et mode de formation des globules du sang. — Composition de l'air atmosphérique. — Dissolution des calculs urinaires.— Dorage des instruments de chirurgie.

Séance du 28 février. — *Eaux minérales de l'Algérie.* — M. le docteur Combes envoie à l'Académie quelques détails sur des sources minérales existant en Algérie. A sa lettre sont joints des fragments provenant de concrétions salines qui se trouvent auprès de ces sources. Voici un extrait de la lettre de M. Combes :

« A une heure environ sud-ouest du camp de Mjetz-Ammar, situé à 30 lieues de Bone, sur les bords d'un ruisseau, on voit des sources d'eaux thermales où les Romains avaient construit un établissement dont on trouve encore les vestiges. Après avoir traversé la Seybouse, on voit s'étendre à droite une petite plaine bordée par un ruisseau. Tout à coup la végétation cesse, le sol est blanc, dur, retentissant, et comme formé par une couche de plâtre; dans une étendue de plus de 60 mètres, sur cette sorte de plate-forme, on voit s'élever, éloignés de 4 à 5 mètres les uns des autres, environ 30 cônes blancs de grandeurs diverses. Ces cônes sont percés, à leur sommet, d'un trou qui semble être l'orifice d'un canal intérieur par lequel

coulaient les eaux. Actuellement, les sources sont taries. Bientôt le plateau finit brusquement, et de l'anfractuosité qui l'intercepte s'élèvent des nuages d'une fumée épaisse qui porte une odeur fortement sulfureuse. Déjà, sur le bord, on voit sourdre à fleur de terre des sources abondantes et nombreuses, dont les eaux s'élèvent en bouillonnant, et se répandent ensuite en nappe sur les concrétions qu'elles ont déposées autour d'elles. D'espace en espace s'élèvent de petits cônes au sommet desquels bouillonnent encore, dans un petit cratère, des eaux parfaitement limpides, et qui marquent 80° R.

Tout le flanc de la colline est parsemé de sources semblables, et qui, avant de tomber en nappes brûlantes, remplissent des coupes de diverses grandeurs, dont les moyennes peuvent avoir 1 mètre de long sur 40 à 50 centimètres de large. Enfin, au bas du ravin, ces eaux se mêlent à celles d'un petit ruisseau très-rapide; c'est après ce mélange et à 2 ou 300 pas de leur chute que les eaux ont une température convenable pour le bain ordinaire.

MM. Dumas, Regnault et Pelouze sont chargés de faire l'analyse des fragments de sels envoyés par M. Combes. Il sera intéressant de constater s'ils contiennent réellement de l'arsenic, comme on l'avait annoncé il y a quelques années.

Anatomie microscopique. — M. Mandl fait hommage à l'Académie de la dernière livraison de son *Anatomie microscopique*. Elle est consacrée à la description des appendices tégumentaires, poils, ongles, etc. L'auteur établit que ce sont des tissus organisés, et, à l'appui de cette opinion, il cite l'expérience dans laquelle, ayant coupé un poil à une certaine hauteur, il a constaté que le sommet se reproduit. Il pense aussi que les barbes de la

plume sont un tissu organisé, et les résultats de l'examen microscopique qu'il a fait de ces corps déposent en faveur de cette opinion.

Séance du 7 mars. — *De l'origine des globules du sang, de leur mode de formation et de leur fin.* — M. Donné lit sous ce titre un mémoire dont voici le résumé :

Il existe dans le sang trois espèces de particules : 1° les globules rouges ou sanguins proprement dits ; 2° les globules blancs, qui n'ont été bien connus que dans ces derniers temps ; 3° les globulins du chyle. Les globules rouges sont plats dans toutes les espèces de sang ; ils sont circulaires dans le sang des mammifères, et elliptiques dans celui des oiseaux, des poissons et des reptiles. Les globules elliptiques sont les seuls qui présentent une substance solide dans leur intérieur ; on ne peut pas démontrer l'existence d'un noyau dans le centre des globules circulaires.

Le contact de l'eau transforme tous les globules sanguins en petites sphères, et c'est à cette circonstance, ignorée des anciens observateurs, que l'on doit attribuer l'opinion de quelques-uns d'entre eux sur la forme sphérique des globules du sang des mammifères, et sur la forme également sphérique que l'on admettait dans les globules du sang des oiseaux, au moment de leur formation dans l'embryon ; cette forme n'est que circulaire et déterminée par l'action de l'eau dont on se servait pour étendre le sang ou pour préparer l'embryon de l'œuf.

Les globules sanguins proprement dits des mammifères, ou les globules circulaires, sont solubles dans l'acide acétique sans laisser de résidu. Les globules sanguins proprement dits des oiseaux, des poissons ou des rep-

tiles, ne sont qu'en partie solubles dans l'acide acétique; la substance interne ou noyau résiste à l'action de cet agent. Tous les globules sanguins, quelles que soient leur forme et la classe à laquelle ils appartiennent, sont solubles dans l'ammoniaque et insolubles dans l'acide nitrique.

En résumé, les globules sanguins proprement dits, ou les globules rouges, paraissent formés d'une vésicule aplatie, contenant une substance solide ou noyau dans les globules elliptiques, et une substance fluide dans les globules circulaires.

L'anomalie qu'on a signalée dans les globules sanguins de la femelle des chameaux ne porte que sur la forme, et nullement sur la structure intérieure; celle-ci est tout à fait semblable à celle des globules sanguins des autres mammifères.

Les globules blancs sont incolores, sphériques, légèrement frangés dans leurs contours, et comme granuleux; ils existent dans le sang de tous les animaux, et on peut les voir circulant avec le sang dans l'intérieur des vaisseaux; leur nombre est bien plus considérable qu'on ne le pensait; l'eau les désagrège, l'ammoniaque les dissout; l'acide nitrique les contracte; ils paraissent formés d'une vésicule contenant dans son intérieur trois ou quatre granulations solides.

Les globulins sont de petits grains n'ayant pas plus de 1/300 mill. de diamètre, et sont semblables aux globulins du chyle.

On ignorait jusqu'ici l'origine, le mode de formation et la fin des globulins : voici ce qui résulte des recherches de M. Donné sur ce sujet:

Les globules du sang ne sont pas tous identiques ni au même degré de formation; ils ne résistent pas tous de

même à l'action des agents chimiques, et la différence de leurs propriétés indique qu'ils ne sont pas tous au même état de développement.

Les globulins sont le produit du chyle incessamment déversé dans le sang ; ces globulins se réunissent trois à trois ou quatre à quatre, et s'enveloppent d'une couche albumineuse en circulant avec le sang ; ils constituent de cette manière les globules blancs.

Les globules blancs, une fois formés, changent peu à peu de forme ; ils s'aplatissent, se colorent, et la matière intérieure granuleuse devient homogène ou se dissout ; ils se transforment enfin en globules sanguins proprement dits ou en globules rouges.

Les globules sanguins rouges n'ont eux-mêmes qu'une existence passagère : ils se dissolvent dans le sang au bout d'un certain temps, et constituent ainsi le fluide sanguin proprement dit.

Certaines substances sont susceptibles de se transformer immédiatement en globules sanguins par leur mélange direct avec le sang.

Le lait qui, par sa constitution organique, par l'état de ses principaux éléments, et par ses propriétés physiologiques, a la plus grande analogie avec le sang, est surtout propre à démontrer cette transformation. Les injections du lait dans les veines des animaux, en certaines proportions, ne produisent en effet aucune action délétère, et la nature des globules de ce liquide permet de le suivre et de le reconnaître partout.

Or, l'observation démontre que ces globules injectés dans les vaisseaux se transforment diversement en globules sanguins par le même mécanisme qui fait passer les globules du chyle à l'état de globules blancs, et ceux-ci à l'état de globules rouges.

La rate paraît être spécialement chargée d'opérer cette transformation : c'est du moins dans cet organe que l'on trouve le plus grand nombre de globules blancs à tous les degrés de formation.

L'examen de la circulation dans les organes les plus vasculaires ne montre, en aucun point, les globules sanguins partant de leurs vaisseaux pour aller se combiner aux organes ou aux éléments organiques ; mais la partie fluide du sang transsude au travers des parois vasculaires, et c'est là probablement le fluide essentiellement organisateur.

Enfin, les jeunes animaux nourris avec d'autres substances que le lait s'élèvent et se développent beaucoup moins bien que ceux auxquels on conserve le lait de leur mère, et l'influence d'une nourriture mal appropriée peut aller jusqu'à altérer sensiblement la forme et la nature des globules du sang.

Séance du 14 mars. — *Composition de l'air atmosphérique.* — M. Dumas fait connaître le résultat des expériences qui ont été instituées dans diverses parties de l'Europe, pour répondre à l'appel fait par lui au mois de juin dernier. M. de Marignac, à Genève, a fait une analyse de l'air atmosphérique dans des circonstances et avec des instruments tout à fait semblables à ceux qu'avait employés M. Dumas. Sur 10,000 parties d'air, en poids, il a trouvé, moyen terme, 2,299 d'oxygène, proportion en harmonie parfaite avec le chiffre obtenu à Paris.

M. Lévy, à Copenhague, ayant emporté de Paris des ballons vides et des ballons jaugés, semblables à ceux du laboratoire de M. Dumas, a opéré sur de l'air recueilli dans différents endroits. Les premières expériences lui

avaient donné un résultat tellement différent de ses prévisions, qu'il fut découragé; mais bientôt il s'aperçut d'une imperfection dans les poids qui lui servaient; on remédia à cette cause d'erreur, et les expériences devinrent régulières.

M. Lévy a d'abord analysé de l'air pris à Copenhague, et il a successivement trouvé pour 10,000 parties d'air, les quantités d'oxygène suivantes :

2,300
2,302
2,296
2,299
2,301

L'air recueilli en mer lui a donné, toujours sur la même quantité, les chiffres suivants :

2,257 d'oxygène.
2,258
2,259
2,256

Enfin de l'air pris sur la côte, par le vent de mer, a donné successivement :

2,302 parties d'oxygène.
2,301
2,302

Séance du 21 mars. — *Dissolution des calculs urinaires.* — M. Pelouze fait, au nom de M. Gay-Lussac et au sien, un rapport sur un travail de M. Leroy-d'Etiolles, ayant pour titre : *De plusieurs médications proposées pour la dissolution des calculs urinaires.* En résumé, les conclusions auxquelles M. Leroy-d'Etiolles est arrivé sont les suivantes :

1° Certains réactifs acides ou alcalins exercent sur les

calculs une action dissolvante, laquelle porte principalement sur la matière muqueuse qui sert de moyen d'union aux molécules solides, salines ou acides.

2° Sans nier d'une manière absolue l'action des alcalins pris en boissons sur les concrétions urinaires, on peut cependant assurer que si la pierre n'est pas très-petite, elle ne sera pas détruite.

3° L'injection est un procédé beaucoup plus efficace en principe ; mais lorsqu'on en vient à l'application, il se présente des difficultés qui peuvent embarrasser le praticien.

4° Il est évident que la combinaison de la lithotritie et de la lithontritie produirait des effets plus avantageux que cette dernière seule ; car le calcul fragmenté présenterait alors plus de surface à l'action des dissolvants. Cependant, comme le premier écrasement de la pierre est le temps le plus difficile de la lithotritie, serait-il convenable, une fois ce résultat important obtenu, d'abandonner la méthode qui l'aurait procuré pour entrer dans une voie plus longue et plus chanceuse ?

Dans ce travail, M. Leroy-d'Etiolles a fait preuve d'une grande persévérance et de beaucoup d'habileté en rassemblant et coordonnant soit les observations tirées de sa pratique, soit les expériences chimiques auxquelles il s'est livré pour éclairer cette importante question. Nous vous proposons, en conséquence, de lui adresser des remerciements, et de l'inviter à poursuivre ses recherches.

Ces conclusions sont adoptées.

Application des procédés récents de dorage aux instruments de chirurgie. — M. Charrière adresse à l'Académie la lettre suivante :

« Ayant fait dorer, par le procédé de M. de Ruolz, un assez grand nombre d'instruments de chirurgie et de

coutellerie, j'ai soumis ces instruments à diverses expériences qui m'ont paru mériter de fixer l'attention. Ce sont les résultats de ces expériences que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Acadé mie.

« Les instruments tranchants que j'ai soumis à des épreuves réitérées sur le cadavre n'ont été endommagés ni dans la qualité du tranchant, ni dans la dorure, et les instruments à pression ont conservé toute la résistance donnée par la trempe.

« J'ai en outre acquis la preuve matérielle que les instruments dorés par ce procédé ne sont point exposés à s'oxyder ; c'est là un avantage dont on comprend facilement toute l'importance, surtout pour ce qui concerne les instruments destinés à séjourner dans nos tissus pendant un temps plus ou moins long. J'ajouterai que l'argenture et le platinage appliqués par ce procédé aux mêmes instruments donnent les mêmes résultats que la dorure. »

Nota. « Les instruments que M. Charrière a présentés à l'Académie royale des sciences et à l'Académie royale de médecine ont été l'objet d'une attention toute particulière. Outre les instruments tranchants et à pression, M. Charrière a présenté à l'Académie royale de médecine des spéculum en étain doré, diverses pièces de ceinture hypogastrique et de bandage, une pompe à courant régulier, des seringues, des clous en plomb pour fistule lacrymale, et diverses autres pièces dorées ou argentées avec le plus grand soin.

M. Charrière a présenté en outre une scie rachitome double, munie d'un conducteur central destiné à maintenir les deux lames de la scie dans la direction voulue. Ce conducteur sert encore à limiter l'introduction des lames, et, par conséquent, à protéger la moelle contre les dents de l'instrument. Ce même conducteur est applica-

ble à la scie à molette double ou simple ; il avait joint à cet instrument divers modèles de cisailles simples et doubles qu'il a confectionnées d'après les indications de M. Magendie. Cette modification consiste en ce qu'une seule branche de l'instrument est mobile, tandis que l'autre sert de conducteur. »

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Mars 1842.)

Place vacante à l'académie. — Composition des commissions pour les prix. — Amputation pour une luxation consécutive du genou. — Croup chez l'adulte. Morve farcineuse chronique chez l'homme. — Fistules vésico-vaginales. Modification du procédé pour l'amputation de la cuisse. — Eau de mer gazeuze.

Séance du 8 mars. — *Place vacante à l'Académie.* — M. Bouvier lit le rapport de la commission nommée pour désigner la section dans laquelle devra se faire l'élection prochaine. La commission, considérant que depuis la dernière nomination faite dans le sein de chacune des trois sections, les décès ont été au nombre de quatre pour celle de pharmacie, de deux pour celle de médecine opératoire, et de dix pour celle de pathologie médicale, propose que l'élection ait lieu dans la section de pathologie médicale. (Adopté.)

Composition des commissions pour les prix.—L'Académie procède à la nomination des commissions chargées d'examiner les mémoires envoyés pour les concours des différents prix. Ces commissions seront ainsi composées :

Pour le prix de l'Académie : MM. Bafos, Bégin, Honoré, Martin-Solon, Delens.

Pour le prix Civrieux : MM. Castel, Réveillé-Parise, Pariset, Hamel, Espiau.

Pour le prix Portal : MM. Cruveilhier, Blandin, Ribes, Cornac, Huzard.

Amputation pour une luxation consécutive du genou. — M. A. Bérard présente le membre inférieur d'une femme chez laquelle il a récemment pratiqué l'amputation de la cuisse. Il y a aujourd'hui dix-huit mois que la malade, à la suite d'une chute, avait été atteinte d'inflammation articulaire. Il se forma un épanchement de synovie dans le genou, et peu à peu les os de la jambe se portèrent en dehors et en arrière du fémur. Dans cet état, M. A. Bérard chercha à provoquer l'ankylose, et il commença par vider l'articulation du liquide qu'elle contenait, ce qui fut fait par la méthode sous-cutanée. Aucun accident ne suivit cette ponction, après laquelle on jugea encore nécessaire de faire la section du biceps fémoral, qui était rétracté. Malgré ces soins préliminaires, l'ankylose ne put être déterminée par aucun moyen, et le membre, pliant dans tous les sens, et n'étant qu'un poids incommode, incapable de rendre aucun service, la malade demandant d'ailleurs avec instance à en être débarrassée, M. Bérard se décida à l'amputation. On peut constater sur la pièce anatomique que les extrémités articulaires du tibia et du fémur sont atrophiées et déformées : leur surface diarthrodiale dépourvue de cartilages, est recouverte d'une couche osseuse éburnée. Quant au tendon du biceps, qui a été divisé il y a un mois, on voit que l'écartement de trois centimètres, existant entre ses deux bouts rétractés, a été rempli par une substance d'aspect fibreux, très-adhérente aux extrémités du tendon, et tout à fait capable de jouer le rôle de celui-ci dans les mouvements du membre.

M. Gimelle : J'ai en ce moment aux Invalides un malade âgé de cinquante-huit ans, qui, à la suite d'une hydarthrose, dont le liquide a été résorbé, a eu une luxation du tibia en arrière. Il se trouve aujourd'hui dans le même état que le sujet dont M. Bérard vient de parler.

M. Nacquart demande si, dans le cas de M. Bérard, on n'aurait pas pu essayer de provoquer l'adhérence des surfaces articulaires du genou, en poussant dans l'articulation une injection irritante.

M. Bérard : Je n'aurais pas osé employer ce moyen; car l'effet de cette irritation pouvait facilement dépasser les limites de la phlegmasie adhésive, et produire une suppuration dont on connaît tous les dangers dans de pareilles circonstances.

Croup chez l'adulte.—M. Huguier présente les pièces provenant de l'autopsie d'une femme morte à la suite du croup. Cette malade était âgée de vingt-quatre ans, et l'affection dyphtéritique ne s'est pas accompagnée chez elle de la toux caractéristique ; il y avait seulement aphonie, et, surtout au début, sifflement laryngo-trachéal. La mort est survenue au bout de quarante heures, tout à fait instantanément, et sans avoir été précédée des signes de l'asphyxie, sans suffocation ni lividité des lèvres très-prononcée.

A l'autopsie, on a trouvé des fausses membranes tapissant les amygdales, le pharynx, le larynx, la trachée et les premières divisions bronchiques. L'oreillette droite et le ventricule du même côté étaient recouverts par des caillots fibrineux, d'un blanc rosé, très-adhérents aux parois de ces cavités, et envoyant des prolongements considérables entre les colonnes charnues et dans l'intérieur de l'artère pulmonaire. M. Huguier ne serait pas

éloigné d'attribuer à la présence de ces coagulations la mort si subite de la malade.

Morve farcineuse chronique chez l'homme. — M. Ambroise Tardieu, interne des hôpitaux, montre les fosses nasales d'un malade qui vient de succomber à la morve farcineuse chronique, dans le service de M. Rayer, à la Charité. Cet homme était maréchal-ferrant depuis onze ans, et employé dans une maison où l'on faisait aussi de la médecine vétérinaire. Il avait été chargé particulièrement de panser un cheval qui avait plusieurs abcès, un, entre autres, situé au garrot et répandant une odeur infecte. Ce cheval a été retrouvé au roulage du Château-d'Eau, et l'on a constaté qu'il était atteint de la morve chronique. Le jeune malade commença vers la fin de décembre 1840, à voir se développer des abcès nombreux en différents points du corps. Pendant quatorze mois qu'il resta à l'hôpital, il ne présenta d'autres symptômes que ces abcès, de la diarrhée et un dépérissement graduel. Les abcès s'étaient cicatrisés une première fois, et, il y a à peu près un an, le malade, dont les forces étaient un peu revenues, avait pu quitter la Charité et se regardait comme guéri. Mais il ne tarda pas à retomber. De nouveaux foyers se formèrent, la constitution s'altéra de plus en plus, et il succomba dans le marasme, le 5 mars 1842. Jamais il n'avait accusé aucune douleur du côté des fosses nasales, et on n'avait noté ni épistaxis, ni jetage purulent par les narines, ni fétidité de l'haleine. La respiration était à peu près normale ; il n'y avait ni toux, ni expectoration.

A l'autopsie, outre les traces d'anciennes suppurations dans le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles et les articulations du pied gauche et du poignet droit, on trouve, dans les fosses nasales, une perforation de la cloison,

large comme une pièce de 50 centimes, à bords réguliers, entourée d'un cercle rougeâtre en forme de bourrelet, et de nombreuses ulcérations sur la partie postérieure de la cloison et sur les cornets. Les poumons présentent un grand nombre de points ecchymotiques et d'abcès métastatiques. La membrane muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches est saine.

C'est la première fois que les caractères de la *morve chronique* ont pu être observés chez l'homme dans les fosses nasales. Tous les cas connus jusqu'à présent s'étaient terminés par la morve aiguë, et les lésions récentes avaient empêché de distinguer d'autres altérations véritablement chroniques.

Séance du 25 mars. — *Fistules vésico-vaginales.* — M. Leroy-d'Etiolles lit un mémoire sur les fistules vésico-vaginales, si rebelles aux efforts de la chirurgie. Les causes de nos insuccès, dit l'auteur, sont, comme chacun sait, la largeur de la perforation, la diminution de capacité de la vessie, le peu d'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, l'action délétère de l'urine qui détruit les adhérences à mesure qu'elles se forment.

Beaucoup de petites fistules guérissent spontanément; quand elles sont un peu plus larges, la cautérisation aide à leur occlusion; le cautère actuel est préférable, mais la manière dont on l'emploie est vicieuse. Le gonflement des lèvres de la fistule les rapproche et suspend souvent pendant quelques jours l'écoulement de l'urine; mais les parties qui se touchent sont frappées de mort et ne peuvent s'unir, et lorsque les escarres se détachent, le gonflement cesse et les lèvres s'écartent. Pour agir plus rationnellement, M. Leroy-d'Etiolles fait deux applications distinctes du cautère : l'une préliminaire, qu'il

nomme *approximative*, a pour but de plisser le vagin et de tenir les bords de la fistule en contact d'une manière permanente ; l'autre, qu'il nomme *adhésive*, avive les portions des lèvres qui se touchent. Des plaques et des *spéculum* fenêtres imaginés par M. Leroy-d'Etiolles, donnent le moyen de faire d'une manière régulière cette cautérisation approximative.

Pour les fistules plus larges, la cautérisation est insuffisante ; il faut avoir recours à d'autres moyens. Pour obvier aux deux causes les plus puissantes d'insuccès, *le peu d'épaisseur de la cloison et le contact délétère de l'urine*, M. Leroy a imaginé de soulever la cloison et d'accoler dans la plus grande étendue possible, non les bords minces de la fistule, mais les surfaces du vagin largement avivées. Plusieurs instruments propres à produire ce soulèvement et cet accollement par de larges surfaces, sont placés sous les yeux de l'Académie. Mais, pour que ce procédé soit mis à exécution, il faut que la fistule existe au centre de la cloison. Si l'une des lèvres manque, il ne présente plus de chances. Dans ce cas, M. Leroy-d'Etiolles a imaginé d'employer le col de l'utérus comme obturateur, après l'avoir avivé ainsi que le pourtour de la fistule ; l'application inefficace qu'il a faite de ce procédé à Beaujon en 1835 ne l'empêche pas de fonder sur lui des espérances.

Pour les très-larges perforations, l'autoplastie semble le seul moyen d'obturation. Le procédé de M. Jobert a presque toujours échoué, à cause de la mortification des lambeaux longs et minces pris sur la grande lèvre ou la cuisse. L'autoplastie en arcade de M. Velpeau semble trop difficile à exécuter. A ces procédés, M. Leroy-d'Etiolles propose d'en substituer un qui consiste à prendre le lambeau sur la paroi postérieure du vagin, au moyen d'une

incision faite au-dessous de la fourchette de la vulve, pénétrant dans l'espace cellulaire intermédiaire au commencement du vagin et du rectum, et s'arrêtant au point où l'union devient plus intime entre les deux parois pour former la cloison vagino-rectale, précisément au point où commence l'incision de M. Velpeau. On obtient ainsi un lambeau court, large, épais, qui, en se retournant, vient s'appliquer sur la fistule par sa surface saignante.

Enfin, il y a des cas trop nombreux contre lesquels viennent échouer toutes les méthodes de traitement. Pour ces cas, M. Leroy-d'Etiolles indique un mode de tamponnement du vagin avec une feuille de caoutchouc, et du caoutchouc en pâte, substance élastique et inaltérable, exempte des inconvénients qui, jusqu'à ce jour, avaient rendu le tamponnement permanent presque impossible. Quant à l'obturation du vagin, suivant le procédé de M. Vidal, M. Leroy-d'Etiolles ne s'en montre pas partisan, ou du moins il ne l'admettrait que comme méthode extrême et exceptionnelle.

Commissaires : MM. Blandin, Velpeau et Bégin.

Séance du 22 mars. — *Modification du procédé pour l'amputation de la cuisse.* — M. Londe lit la note suivante, que lui a adressée M. Lesauvage, de Caen :

Note sur quelques modifications apportées à l'amputation de la cuisse par la méthode circulaire.

« L'amputation de la cuisse dans la continuité, quelle que soit celle des méthodes, circulaire ou à lambeau, que l'on emploie, est assez fréquemment accompagnée d'un accident consécutif assez grave, qui souvent retarde la guérison, et rend bien moins facile l'emploi des moyens prothétiques : c'est la saillie de l'extrémité de l'os à la

surface de la plaie, puis à celle de la cicatrice avec laquelle elle s'identifie.

« Quoique placé au milieu du membre au moment de l'opération et après la réunion des lèvres de la plaie, le fémur se porte en haut, entraîné qu'il est par la contraction incessante des muscles psoas et iliaque, et son ascension doit être singulièrement facilitée par la réunion des lèvres de la plaie dans une direction verticale, et de telle sorte que les muscles du moignon, cédant lentement à leur propre poids, abandonnent bientôt l'extrémité de l'os qui finit par occuper l'angle supérieur de la cicatrice. Elle peut même y faire une saillie assez prononcée, quand par l'effet d'une abondante suppuration et de l'irritation prolongée qu'elle entretient, la rétraction consécutive des muscles a été portée très-loin.

« Jusqu'ici on n'a tenté, à ma connaissance, que peu de moyens pour remédier à cet inconvénient signalé par beaucoup de praticiens ; et c'est avec l'espoir de le faire disparaître, au moins dans un grand nombre de cas, que j'ai fait subir à l'amputation par la méthode circulaire les modifications suivantes, dont on pourrait également faire l'application à la méthode à lambeau.

« Après que la peau et les chairs ont été méthodiquement divisées, je place obliquement la compresse fendue, afin que la dénudation de l'os soit plus élevée à sa partie antérieure ; puis j'incline la scie de manière à produire une section très-oblique de l'os, et de telle sorte que j'obtiens à son extrémité une surface ovale qui est dirigée en avant.

« Ce procédé a pour principaux avantages : 1° de fournir une large surface sur laquelle repose la portion moyenne du muscle triceps fémoral ; 2° de faire disparaître l'angle droit produit à l'extrémité de l'os par la section perpen-

diculaire, et qui peut devenir cause d'irritation ; 3° d'effacer le vide que cette extrémité détermine en mettant obstacle au contact immédiat des chairs, et en favorisant une accumulation de fluides dont le séjour prolongé peut contribuer à la nécrose que l'on observe encore assez fréquemment ; 4° enfin, de permettre une réunion plus immédiate des chairs entre elles et avec les surfaces osseuses, et conséquemment d'offrir plus de chances pour une réunion par première intention.

« L'opération terminée, je place les bandelettes agglutinatives de manière à obtenir une réunion transversale. Deux bandes de diachylon suffisent; et, placées de chaque côté du point qui répond à l'extrémité de l'os, elles la fixent dans ses rapports avec le triceps, et contribuent à empêcher tout déplacement consécutif.

« On objectera peut-être que la forme donnée à l'extrémité de l'os pourrait plus tard déterminer quelque gêne, et, à cause de la forme tranchante, produire une pression douloureuse lorsque le moignon prendra sur le cuissart un point d'appui. Mais, sans aucun doute, les praticiens auront remarqué comme moi qu'après la guérison, l'os prend des formes variées et tout à fait indépendantes du mode de section. J'ai sous les yeux le fémur d'un homme que j'avais amputé il y a quelques années. Cet os a entièrement perdu la forme que la section perpendiculaire lui avait donnée, et il est terminé en pointe. Cependant, il n'en était résulté aucune entrave dans la marche de l'amputé. J'avais eu occasion de le voir assez fréquemment jusqu'au moment de sa mort arrivée par accident.

« La réunion transversale n'offrira pas sans doute, dans le plus grand nombre des cas, les inconvénients qu'on lui a attribués, et dont le principal était la rétention du pus entre les lèvres de la plaie. Ce mode de réunion avait déjà

été proposé par Hennen; et M. le professeur Velpeau l'a également préconisé à l'occasion d'un procédé de la méthode à lambeau qu'il avait proposé; c'était aussi dans l'intention d'opposer un obstacle au déplacement de l'os (*Nouv. éléments de méd. opérat.*, t. II, p. 577), et je pense qu'on pourra empêcher le séjour du pus en modifiant, ainsi que je l'ai fait, l'application de l'appareil. »

M. Lesauvage rapporte à l'appui de sa note l'observation détaillée d'un cas d'amputation de la cuisse pratiquée par lui, avec succès dans son hôpital de Caen.

Séance du 29 mars. — *Eau de mer gazeuse.* — M. Pasquier, pharmacien à Fécamp, adresse la note suivante sur une préparation d'eau froide de mer, dans laquelle il a introduit de l'acide carbonique :

Malgré les résultats importants qui ont été publiés sur l'efficacité de l'eau de mer, l'usage de ce liquide, pris à l'intérieur, ne s'est pas généralisé, tandis que les bains ont, au contraire, acquis une grande popularité.

Cette différence tient à une cause capitale : l'eau de mer puisée près du rivage ne peut se conserver sans altération. Elle ne supporte pas non plus le transport. Elle a aussi un goût âcre et nauséabond qui répugne complètement aux malades.

Frappé cependant des bons effets que j'avais vu produire à l'eau de mer, soit comme médicament purgatif, soit comme anthelmintique, soit comme altérant, habitant un port de mer où il m'était facile de me livrer à quelques expériences, j'essayai s'il ne serait pas possible, tout en conservant à l'eau de mer ses principes médicamenteux, de la dépouiller d'abord de ses principes organiques qui en rendent l'altération si facile; puis d'en diminuer le mauvais goût qui la rend si difficile à prendre aux malades; enfin, de lui enlever cette sensation de pe-

santeur qu'elle fait éprouver à l'estomac des personnes qui en usent, et qui rend sa digestibilité difficile.

Pour obvier au premier inconvénient, j'ai suivi le conseil fort simple donné par Buchan : j'ai puisé l'eau de mer fort loin du rivage, à 2 ou 3 lieues, et à plusieurs pieds de profondeur; puis je l'ai filtrée, et ces simples précautions suffirent pour la priver des matières végétales et animales, et de cette couche huileuse que présente l'eau de mer recueillie sur le rivage. Pour la rendre plus digestive et moins désagréable au goût (il faut remarquer d'ailleurs que les matières putrescibles que contient l'eau de mer près du rivage contribuent beaucoup au mauvais goût qu'elle présente), je l'ai chargée d'acide carbonique, à quatre ou cinq volumes.

Ainsi préparée, je fis prendre l'eau de mer à plusieurs malades qui avaient essayé d'abord de la prendre telle qu'on la puise dans la mer, et j'eus la satisfaction de voir qu'elle leur paraissait plus légère, moins désagréable, et qu'ils n'en éprouvaient plus à l'estomac ce sentiment de pesanteur dont ils se plaignaient auparavant.

L'eau de mer gazeuse que je présente à l'Académie est un liquide parfaitement limpide, incolore et inodore, dont le goût est moins désagréable que celui des eaux salines purgatives naturelles ou artificielles, et que l'on peut presque entièrement masquer en la coupant, soit avec du lait soit avec du bouillon.

Ainsi préparée, l'eau de mer gazeuse possède encore un grand avantage, c'est qu'elle peut se conserver indéfiniment, si on a le soin de tenir les bouteilles couchées et dans un endroit frais, et qu'elle peut se transporter à de grandes distances sans éprouver d'altération. Les bouteilles que j'envoie à l'Académie ont été préparées le 15 fé-

vrier dernier à Fécamp, et ont été transportées à Paris le 10 mars.

A la dose de trois ou quatre verres pour les adultes, l'eau de mer ainsi préparée est le purgatif le plus doux et le plus fidèle; une dose moindre pour les enfants, est l'anthelmintique le plus sûr; et à dose dite altérante, elle jouit des propriétés les plus puissantes sur cette disposition vicieuse de l'économie qui produit les scrofules, les tubercules, le carreau et le rachitisme.

M. Prus écrit pour se porter candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

VARIÉTÉS.

UN MOT SUR LES CANDIDATURES ACADEMIQUES.

C'est un sujet sur lequel il a été beaucoup dit, mais sur lequel il reste encore beaucoup à dire. Nous y reviendrons quelque jour : pour le moment, nous nous bornons à signaler la candidature actuelle à l'Académie royale de médecine (section de pathologie médicale.) Six candidats élus par les membres de la section sur vingt compétiteurs qui avaient brigué cet honneur, seront incessamment présentés au choix de l'Académie, d'après l'ordre alphabétique, ainsi qu'il suit :

MM. les docteurs *C. Broussais*, *Gibert*, *J. Guérin*, *Mélier*, *Nonat et Prus*.

Sans doute, cette liste ne contient que des noms recommandables; mais il faut bien reconnaître que, comparés entre eux, ces noms sont loin d'avoir la même valeur scientifique et de se montrer escortés de titres égaux en nombre et en qualité. Cette appréciation d'ail-

leurs ne nous appartient pas, et nous la laissons à qui de droit.

Nous ne pouvons nous empêcher toutefois d'exprimer quelques inquiétudes sur le résultat probable de cette appréciation.

La justice, nous le savons, n'est pas de ce monde, et surtout elle n'est pas de certaines époques. Il ne faut donc pas demander à l'Académie de médecine plus qu'on ne saurait réellement exiger de nos jours d'un corps électoral quelconque.

Nous voudrions pourtant, et en cela nous sommes parfaitement désintéressés; nous voudrions, disons-nous, qu'une société instituée pour honorer et récompenser le mérite, comme l'Académie, apportât plus de sévérité dans le choix des motifs sur lesquels le plus ordinairement on la voit s'appuyer. Ainsi, par exemple, nous regrettons que certains académiciens se lient par des engagements prématurés, et sans savoir si ultérieurement la stricte équité n'aura pas à souffrir plus ou moins de ces sortes d'engagements.

Nous voudrions qu'on pesât plus attentivement les titres patents (ouvrages, concours, enseignement, pratique des hôpitaux, travaux académiques), et qu'on se préoccupât un peu moins des titres secrets, tels que services rendus, liens d'affection ou de camaraderie, esprit de corporation ou de société particulière, etc.

Les savants, et surtout les médecins, qui, nous pouvons le dire à la gloire de notre art, sont encore aujourd'hui la classe de la société dans laquelle on trouve le plus de lumières, de désintéressement, de probité et de justice, devraient donner l'exemple de cette haute et consciencieuse impartialité, qui veut que la considération du mérite

réel et le mieux éprouvé, l'emporte sur toute autre considération.

On a trouvé plaisant le mot d'un ministre habile, mais hélas! plus connu par son esprit que par une grande solidité de principes, à propos d'une candidature académique récente (étrangère à notre art): « Pourquoi vous étonner, disait ce personnage, de la nomination de Monseigneur P***? Pour être académicien, ce ne sont pas des titres qui sont nécessaires, *mais des voix.* »

Eh bien! pour nous, ce mot, loin de nous paraître une aimable plaisanterie, nous attriste comme un indice de la putréfaction morale et intellectuelle où notre époque est tombée!

Sans doute, les hommes ont toujours assez facilement méconnu la voix de la conscience et de la justice; mais à aucune autre époque peut-être on ne s'est aussi peu soucié de dissimuler le secret mobile de ses actes et de ses jugements! C'est là une chose bien déplorable; car elle tend à nous rendre pires encore que nous ne sommes, en ne nous laissant pas même l'*ombre*, au défaut de la réalité! Elle tend surtout, par une triste et affligeante réaction, à corrompre les électeurs par les éligibles, et réciproquement...

Aussi, jamais la sentence de Bossuet n'a-t-elle été plus applicable que de nos jours aux gens avides de titres, de places et d'honneurs :

« *Ne croyez pas*, disait ce grand moraliste, *ne croyez pas qu'il puisse jamais se trouver un grand fond de justice dans un cœur où domine l'ambition!* »

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Statistique médicale de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, adressée au conseil de santé des armées, suivie de recherches théoriques et pratiques sur les fièvres intermittentes et rémittentes, simples et pernicieuses, et sur les maladies typhoïdes, par M. le baron MICHEL, médecin principal, officier de la Légion-d'Honneur.—1 vol. in-8°, chez Fortin et Masson, libraires, place de l'École-de-Médecine, 1.

Pour donner une juste idée de ce livre, remarquable sous plusieurs rapports, nous devons dire quelques mots des circonstances qui ont déterminé sa publication.

Il existe au conseil de santé des armées, un journal destiné à recevoir les observations et les mémoires que les officiers de santé militaires, de tout grade, sont à même de recueillir ou de formuler dans les ambulances ou les hôpitaux auxquels ils sont successivement attachés pendant le cours de leur carrière si active et parfois si aventureuse.

Ce recueil a pour objet de favoriser à la fois les intérêts de la science, et ceux de l'armée, et d'exciter encore l'émulation des hommes capables et studieux qui trouvent dans ce moyen de publicité de leurs travaux une source de jouissances honorables, et aussi une récompense tacite, qui elle-même en appelle presque toujours une autre un peu plus tard.

Sous ce point de vue, le *Journal militaire* est plus particulièrement l'arène des jeunes talents et des ambitions naissantes, qui, fortes du sentiment de leur capacité, veulent se dégager de la foule; ce n'est que par exception et à d'assez longs intervalles qu'on y voit quelques travaux des hommes qui occupent déjà le plus haut rang dans la hiérarchie de la médecine militaire. On conçoit, d'après cela, que MM. les rédacteurs de ce Journal de

famille doivent, en général, dans leur intérêt, autant que par esprit de convenance, traiter avec égards et considération ceux de leurs chefs qui veulent bien contribuer à la fortune du Journal par une active coopération. Personne assurément n'avait plus de droits à ces égards et à cette considération que M. le baron Michel, qui depuis longtemps occupe un des rangs les plus élevés, non seulement dans la hiérarchie à laquelle il appartient, mais aussi dans la science et dans la pratique. Et cependant il s'est vu en butte aux traits d'une censure ardente, passionnée, et qui serait vraiment inexplicable de la part d'un écrivain dont nous apprécions le mérite scientifique et les qualités sociales, si l'on ne connaissait l'âpre intolérance de l'école dite *physiologique*.

L'ouvrage du baron Michel contient à la fois : la statistique de l'hôpital militaire du Gros-Caillou ; les notes ajoutées au texte par le professeur Casimir Broussais ; la réponse de l'auteur à ces notes. Il est composé de neuf tableaux qui offrent dans un cadre méthodique le mouvement des malades pendant les deux semestres de 1838.

Le premier tableau donne le chiffre des militaires restant au 1er janvier 1838, et des entrants dans le service des fiévreux ; il fait connaître le mouvement général de tout l'hôpital, la moyenne générale de la mortalité, et celle du séjour à l'hôpital pour tous les services.

Le second tableau expose le classement et la répartition par corps et par genre de maladie des militaires traités.

Le troisième indique le nombre des militaires décédés, par corps et par nature de maladie. Le quatrième fixe le nombre des militaires qui ont succombé dans les quarante-huit heures de leur entrée à l'hôpital. Le cinquième signale les casernes qui ont fourni le plus de malades.

Là se termine la statistique du premier semestre ; celle du second est établie sur le même plan, et se trouve entièrement exposée dans les quatre autres tableaux. Viennent ensuite des considérations relatives, les unes aux constitutions médicales et aux observations météorologiques, les autres à la thérapeutique

générale; enfin, des conclusions judicieuses tirées du rapprochement de faits nombreux, rélatifs à un nouveau mode de traitement de la fièvre typhoïde, traitement qui consiste à administrer concurremment l'acétate d'ammoniaque et le laudanum à des doses assez élevées.

Par cette nouvelle médication, dont on trouvera la formule à la p. 19 du livre, M. le baron Michel assure avoir guéri les 5/6 environ des malades qui ont été confiés à ses soins; ses relevés, que nous avons examinés avec soin, constatent que sur 429 individus atteints de fièvre typhoïde, admis en 1838, dans son service, 90 seulement ont succombé.

Les points que le docteur Casimir Broussais a le plus controversés dans le livre de l'ancien médecin en chef du Gros-Caillou, sont ceux qui ont trait aux fièvres continues dites essentielles, et aux fièvres intermittentes pernicieuses. M. Broussais ne voit, on le sait, dans les fièvres dites *essentielles*, que des gastrites, des gastro-entérites, des gastro-entéro-céphalites, etc.; il défend toujours avec chaleur ses convictions héréditaires, sans s'apercevoir que la pathologie en *ite* a fait son temps, qu'elle est morte avec son auteur, et qu'il fait de vains efforts pour la ressusciter. Aujourd'hui tous les médecins qui n'avaient pas d'engagement irrévocable avec les systèmes artificiels de ces derniers temps se rallient plus ou moins ouvertement aux doctrines si larges et si naturelles du vitalisme hippocratique. Ils savent fort bien que les fièvres dites *essentielles*, et que nous nommons plus volontiers *primitives* (pour les distinguer des fièvres symptomatiques ou *consécutives*), n'existent point par elles-mêmes et sans cause. Mais, au lieu de chercher cette cause dans tel ou tel point rouge de la membrane muqueuse gastrique ou intestinale, ils la trouvent dans une infinité d'agents, de principes morbifiques, d'influences extérieures, en un mot dans tout ce qui peut provoquer une réaction générale de l'organisme; car, pour eux, comme pour Sydenham, pour Stool et pour tous les médecins hippocratistes de tous les siècles, la fièvre est un acte vital, un effort de la nature conservatrice et médicatrice, ou, en d'autres termes, une réaction générale de l'or-

ganisme, qui tend à éliminer ou à assimiler un principe hétérogène, une cause morbifique, réaction qui a pour agents le cœur et les centres nerveux.

Les causes qui provoquent directement la réaction générale de l'organisme, peuvent, dit M. le professeur Cayol, être divisées en deux classes; « Les unes paraissent agir primitivement sur « le solide vivant : ce sont les affections morales, les commo- « tions physiques, les vicissitudes atmosphériques, et peut-être « encore certains miasmes, ceux, par exemple, qui s'exhalent « des marais. Les autres paraissent agir primitivement sur les « liquides : ce sont celles, qui, pénétrant par les voies de l'ab- « sorption à travers les tissus tégumentaires, circulent avec le « sang qu'elles vicient, et provoquent ainsi la réaction du cœur « et des centres nerveux. Tels sont les virus, les venins, les « principes contagieux, les miasmes nosocomiaux, et les causes « inconnues de certaines épidémies.— Il y a donc des maladies « aiguës primitivement générales, c'est-à-dire des fièvres pri- « mitives ou essentielles » (1).

C'est dans l'étude analytique des fièvres intermittentes qu'il est facile de saisir les rapports de la réaction générale de l'organisme ou fièvre avec les affections locales qu'elle détermine. « C'est là surtout, dit encore M. Cayol, c'est dans les fièvres « intermittentes qu'on voit les congestions viscérales, les épan- « chements et les ulcérations des membranes muqueuses, sur- « venir si longtemps après l'invasion de la fièvre, qu'il n'est « plus permis de se méprendre sur les rapports de causalité. « C'est là qu'on voit des affections locales si évidemment sub- « ordonnées à la fièvre, qu'elles deviennent de plus en plus in- « tenses à mesure que la fièvre se prolonge, qu'elles se guéris- « sent avec elle et par les mêmes moyens, et qu'enfin, lors- « qu'elles persistent après la cessation de la fièvre, on les gué- « rit avec une facilité merveilleuse, quel que soit d'ailleurs leur

(1) *Clinique médicale*, p. 37.

« siége, en continuant l'administration du quinquina par les voies « digestives» (1).

Nous engageons M. Casimir Broussais à méditer ces citations. S'il avait suivi, comme nous, la clinique de M. Cayol, il y aurait vu guérir bien des *gastrites*, des *gastro-entérites*, des *splénites*, voire même des *gastro entéro-céphalites*, par la médication fébrifuge.

Le livre du baron Michel est plein d'excellentes choses, et ne se distingue pas moins par le fond que par la forme. Aussi, pouvons-nous prédire qu'il sera parfaitement accueilli, surtout par les médecins qui sentent la nécessité de se rallier au vitalisme hippocratique, seule doctrine médicale qu'un esprit droit puisse avouer et professer publiquement, n'en déplaise à certains critiques sans conviction, qui, n'ayant approfondi aucune doctrine, et devisant sur toutes avec une molle insouciance, manient en se jouant les armes si dangereuses d'une thérapeutique aveugle et routinière. Dr. Edouard Auber.

Traité pratique de l'art des accouchements, par M. Chailly (Honoré), professeur d'accouchements, ancien chef de la clinique d'accouchements de M. Paul Dubois. — 1 vol. in-8°, de 750 pages, accompagné de 216 fig. gravées sur bois et intercalées dans le texte. Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Parmi les nombreux Traités et Manuels d'accouchements publiés jusqu'à ce jour, on en trouve à peine quelques-uns qui se distinguent par des divisions assez simples pour faire comprendre aux élèves la marche ordinaire de la nature, et leur montrer ses actes dans l'ordre où ils se présentent chaque jour. Tous les auteurs ont pris isolément chacun de ces actes, et les classant d'une manière arbitraire, ont composé leurs ouvrages d'une série de traités, pour ainsi dire différents, dont on a beaucoup de peine à relier les diverses parties entre elles, et qui exigent un travail d'esprit particulier.

(1) *Clinique médicale*, p. 38.

Pourquoi, au lieu de se jeter dans ces descriptions isolées, n'a-t-on pas cherché à suivre pas à pas et à décrire les phénomènes de la grossesse et de l'accouchement, de manière à en faire un tableau complet, harmonieux et facile à saisir dans toutes ses parties? Pourquoi n'a-t-on pas décrit les accidents, les complications de la parturition et les opérations tocologiques au lieu même où ils peuvent se présenter et être utiles? Une telle division serait d'un grand secours à l'élève dans ses études et au praticien pour les recherches qu'il a à faire dans les cas ambigus.

C'est cette marche, ce sont ces idées qu'a suivies M. Chailly dans le Traité qu'il vient de publier. Sous ce rapport, il s'est donc complètement écarté de la route tracée jusqu'alors. Pour notre part, nous avons trouvé un avantage très grand dans les divisions naturelles qu'il a adoptées; et, comme praticien, nous lui savons gré d'avoir banni de son livre toute théorie superflue, et de n'avoir fait que citer celles qui peuvent avoir une utilité directe et bien reconnue. D'après cela, on peut déjà juger que l'ouvrage dont nous nous occupons est uniquement pratique, et fondé sur les meilleurs préceptes des accoucheurs les plus distingués de la France et de l'étranger, et sur l'expérience de l'auteur lui-même que sa position comme chef de la clinique d'accouchements, et comme professeur particulier, ont mis à même d'observer avec fruit.

L'ouvrage est divisé en quatre parties: la 1re contient une description anatomique exacte et succincte. Dans la 2e, M. Chailly, en étudiant la grossesse normale, a cru devoir décrire conjointement le développement du produit, et les modifications que subit l'utérus, surtout vers sa partie inférieure, pendant chaque mois de la grossesse, division qui sera utile aux accoucheurs comme aux médecins légistes. Parmi les diverses incommodités qui peuvent surgir pendant la grossesse, il s'est particulièrement attaché aux vices de conformation du bassin, ainsi qu'à l'avortement et à l'hémorrhagie, qu'il a pensé, avec juste raison, ne pas devoir séparer. La 3e partie traite de l'accouchement spontané à terme, et M. Chailly y a adopté la classi-

fication si heureusement simplifiée par le professeur Paul Dubois. La présentation du sommet ou de la tête fléchie, étant celle qui se rencontre dans la majorité des accouchements, l'auteur l'a traitée avec tous les détails désirables. Ainsi, outre le diagnostic, le mécanisme et les anomalies dans les cinq temps de l'accouchement, il s'est étendu sur les soins à donner à la femme pendant le travail, et sur ceux que la mère et l'enfant réclament après l'accouchement, sur les accidents, les complications, les obstacles qui peuvent survenir pendant cet acte. Les règles pour l'application du forceps et la version ont été classées et exposées d'une manière très-simple, très-lucide, et dépouillées autant que possible de cette série fastidieuse de préceptes que, dans la plupart des cas, l'accoucheur ne peut appliquer à sa pratique journalière.

Les autres présentations ont été étudiées dans le même ordre et avec le même soin; et, enfin, dans la 4e partie, parmi les accidents des suites de couches, on trouve une histoire de la méro-péritonite considérée sous ses différents points de vue et décrite surtout d'après les épidémies observées récemment, et les cas particuliers à l'auteur. Le dernier chapitre contient des conseils nécessaires sur le choix d'une nourrice.

Ajoutons qu'afin de faire suivre le précepte par l'exemple, M. Chailly a enrichi son livre d'un certain nombre d'observations puisées dans sa pratique particulière et dans celle du professeur Paul Dubois, auquel il a emprunté ses meilleurs conseils, et d'un grand nombre de figures dessinées par l'auteur lui-même et intercalées dans le texte pour en rendre l'intelligence plus prompte et plus facile.

Ainsi, l'élève trouvera dans ce nouveau Traité un tableau aussi fidèle et aussi complet que possible des moyens que la nature emploie dans l'accomplissement de l'acte de la parturition, et de ceux par lesquels l'homme de l'art est obligé de l'aider ou de la suppléer en temps opportun, et de plus des détails pratiques, minutieux il est vrai, mais nécessaires à quiconque veut se livrer à la pratique de la ville. Quant à l'accoucheur, il y verra exposées, avec autant de simplicité que possible, les opé-

rations manuelles de tocologie entourées de tant de difficultés dans nos traités classiques. On peut dire enfin que l'ouvrage de M. Chailly est un résumé des progrès récents de la pratique obstétricale épurée de tout son appareil inutile, et nous avons la conviction qu'il est appelé à rendre des services réels aux étudiants comme aux praticiens. DEVILLIERS fils.

Recherches sur l'opération du strabisme, mémoire présenté à l'Académie des sciences par le docteur Lucien Boyer, ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-chef de clinique de la Faculté. — 1 vol grand in-8°, accompagné de 10 planches. A Paris, chez Germer Baillière, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 17, et au bureau de *la Lancette française, Gazette des hôpitaux*, rue de l'École-de-Médecine, 9.

Les recherches intéressantes sur l'opération du strabisme, qui font l'objet de cet ouvrage, pourront paraître un peu tardives à ceux, qui, enthousiastes aveugles de la nouveauté de cette opération, se sont trop hâtés de répandre dans le public des écrits superficiels et sans portée scientifique sur le traitement de cette difformité par la myotomie oculaire; mais il n'en sera pas de même pour des esprits plus sérieux, qui, cherchant à approfondir tous les points qui se rattachent à cette question, trouveront dans les travaux longuement médités de M. Boyer, de quoi les satisfaire. C'était de la part de l'auteur un parti pris dès le commencement de ses travaux, de n'en produire le résultat, quelque empressement qu'il vît autour de lui, qu'après avoir mûrement examiné les principales faces de son sujet, et qu'après s'être fait des opinions réfléchies, confirmées par le temps et par l'expérience. Grâce à cette prudente lenteur, l'ouvrage de M. Boyer diffère essentiellement de tous les opuscules qui ont paru jusqu'à ce jour sur le même sujet. Les recherches expérimentales faites par l'auteur sur les animaux vivants et sur le cadavre, lui ont fourni des données du plus haut intérêt relativement à la pratique de cette opération et à ses conséquences anatomiques et pathologiques. En différant jusqu'à ce

jour de publier son travail, il a pu, en outre, y consigner les idées et les opinions des auteurs et des praticiens qui se sont occupés de ce point de chirurgie, soit pour les confirmer du résultat de sa propre expérience, soit pour les réfuter, les modifier ou les combattre.

Après quelques considérations préliminaires sur le strabisme en général, M. Boyer aborde de suite le point capital de la question, l'anatomie relative à l'opération, et la physiologie des mouvements de l'œil, qui sont en effet le pivot sur lequel roule la question tout entière. Sans reproduire les détails dans lesquels l'auteur est entré, nous ne pouvons nous empêcher cependant d'attirer l'attention des lecteurs sur les considérations anatomiques auxquelles a donné lieu l'étude de l'œil et de ses annexes relativement à la strabotomie. M. Boyer a été conduit à décrire à ce sujet, non seulement le globe oculaire et les organes locomoteurs de l'œil, mais tous les autres tissus qu'il importe au chirurgien de connaître pour les diviser ou les ménager pendant l'opération; c'est ainsi qu'il a étudié la conjonctive et ses différents replis, la caroncule, la disposition des gaînes aponévrotiques propres à chaque muscle, et enfin le tissu cellulaire de l'orbite, qui ne forme point là comme ailleurs une masse amorphe, mais qui offre au contraire une diposition intéressante et peu connue. L'anatomie comparée vient en aide à l'auteur, et certaines particularités propres aux animaux et que l'on retrouve exceptionnellement dans l'homme, sont venues lui révéler la cause de quelques insuccès à la suite d'opérations en apparence bien faites.

Quant à la physiologie des mouvements de l'œil, jamais elle n'a été l'objet de plus de recherches et de plus d'expérimentations qu'à l'occasion de cette opération nouvelle. On connaissait l'action simultanée, isolée ou combinée des quatre muscles droits; mais on ne connaissait qu'en partie celle des muscles obliques qui laisse néanmoins encore, malgré les recherches dont ils ont été l'objet, beaucoup à désirer. Toutefois, il est vrai de dire que la section de ces derniers dans la strabotomie a éclairci bien des doutes sur leurs fonctions, et nous touchons

peut-être au jour où leur histoire sera parfaitement connue. La partie du livre de M. Boyer consacrée à l'action des obliques résume l'état actuel de la science sur la physiologie de ces muscles. L'auteur y développe le résultat de ses recherches et de ses propres observations à ce sujet.

Après avoir énuméré d'une manière générale les différents modes de traitement du strabisme antérieurs à la cure de cette difformité par la section des muscles, M. Boyer arrive à l'histoire de cette dernière opération. N'ayant aucune prétention à la priorité, bien placé, par conséquent, pour être impartial et pour juger équitablement les hommes et les choses, l'auteur a tracé avec convenance la partie historique de la myotomie oculaire, en la faisant suivre de la description et de l'appréciation des divers procédés qui ont été successivement suivis pour la pratique. Les modifications que M. Boyer et M. Amussat ont apportées dans les instruments et dans la manœuvre opératoire, telle que nous la leur avons si souvent vue mettre en pratique, se trouvent détaillées avec clarté et précision, et nous n'hésitons pas à affirmer, ayant pratiqué nous-même cette opération d'après leur méthode, qu'elle est plus simple, plus facile, et qu'elle expose moins que les autres à des accidents pendant l'opération.

Les effets, les suites et les résultats de la myotomie oculaire forment dans l'ouvrage de M. Boyer un chapitre fort intéressant, dans lequel sont consignés quelques phénomènes curieux observés dans l'état de la vision après l'opération du strabisme. L'amélioration de la vue y figure en première ligne; et c'est un fait généralement reconnu aujourd'hui, que beaucoup de malades, qui avaient grande peine à distinguer les objets à de faibles distances, les voient d'une manière beaucoup plus nette et beaucoup plus précise aussitôt après le redressement de l'œil; cette amélioration s'accroît même encore par l'exercice, et nous pouvons ajouter que nous avons été témoin d'un grand nombre d'exemples très-remarquables de ce résultat avantageux. Un malade, opéré par M. Boyer, lui a offert un cas singulier de myotalopie qui a persisté pendant une quinzaine de jours, après

lesquels ce phénomène extraordinaire et inexplicable s'est dissipé peu à peu.

Le traitement consécutif à l'opération, quoique simple et se réduisant à peu de chose, a peut-être été trop généralement négligé, et c'est à cette circonstance qu'il faut rapporter plus d'un insuccès. M. Boyer appelle sur ce point l'attention sérieuse des praticiens, et signale des cas dans lesquels, sans un traitement convenablement dirigé, le malade eût infailliblement éprouvé les accidents les plus graves.

Je me contenterai ici de dire que le mode de réunion des muscles coupés, soit entre les deux extrémités divisées, soit avec le globe de l'œil, a été l'objet de l'examen de M. Boyer, et que les faits les plus intéressants qu'il signale en discutant ce sujet, il les doit aux résultats de ses expériences sur les animaux vivants. J'ai assisté moi-même à la plupart de ces expériences; j'ai vu les pièces pathologiques, et j'en trouve la représentation la plus exacte dans les planches parfaitement dessinées qui accompagnent l'ouvrage de M. Boyer.

L'opération appliquée aux différentes variétés de strabisme forme le point essentiellement pratique d'où dépend le succès entier de la ténotomie oculaire. L'auteur lui a consacré une large part dans son livre; et, si les limites d'une notice pouvaient nous le permettre, nous développerions ici les données principales qui doivent servir de règle à la conduite de l'opérateur, telles que les signale et les recommande M. Boyer, pour chaque espèce ou variété de strabisme. Nos lecteurs liront avec plaisir ce chapitre, ainsi que le paragraphe relatif aux opérations secondaires auxquelles on est quelquefois obligé d'avoir recours pour obtenir un succès complet et satisfaisant.

Pour rendre son œuvre entière, et ne point encourir le reproche qu'on adresse avec raison à beaucoup d'auteurs de ne publier que les succès et de dissimuler les revers, M. Boyer a donné, sans choix comme sans exception, à la fin de son livre, l'observation des cent premiers malades qu'il a opérés; il a eu soin de noter exactement le résultat, non point quinze jours, mais plusieurs mois après la guérison, sauf quelques cas exception-

nels, où les résultats sont notés d'une manière insuffisante, attendu qu'il n'a pu revoir à son gré les malades opérés.

Enfin, la description circonstanciée et la série des expériences faites sur les animaux et principalement sur le cheval, le mouton, le chien et le lapin, terminent l'ouvrage. Cette partie, à l'intelligence de laquelle concourent de fort belles planches, initie le lecteur à toutes les difficultés qu'a surmontées l'auteur pour la confection de son œuvre, et lui donne la solution de tous les problèmes d'anatomie pathologique qui se rattachent au traitement du strabisme par la section des muscles de l'œil.

Nous n'avons pas la prétention de donner dans ce court exposé un résumé capable de faire connaître à fond l'ouvrage de M. Boyer, que nous avons lu avec la plus sérieuse attention, et dont nous connaissions déjà en partie le contenu d'après la part que l'auteur a bien voulu nous permettre de prendre à ses conférences cliniques, à ses nombreuses opérations, à ses expériences et aux discussions qu'il a provoquées à l'égard de toutes ses opinions; notre intention est seulement de signaler ce livre comme une œuvre complète, élaborée avec soin, fondée sur une grande expérience de l'opération, et consciencieusement écrite. A ces titres, il mérite toute l'attention des praticiens, et sera consulté avec fruit par tous ceux qui se livrent à la pratique de l'opération du strabisme. G. VIGNOLO.

Notice sur les eaux minérales sulfureuses des Camoins près Marseille (1), par M. DOR, D. M. P., médecin inspecteur de l'établissement.

Cette notice fait connaître un établissement créé depuis trois ans dans le plus beau site des environs de Marseille.

La source est très-abondante. Ses propriétés chimiques ont été constatées en 1811, 1838 et 1839 par plusieurs commissions scientifiques.

---

(1) L'ouverture de l'Etablissement a lieu le 1er mai, et jusqu'au 31 octobre.

L'eau des Camoins a l'odeur et la saveur de l'hydrogène sulfuré.

Sa température est naturellement froide, ce qui la rend agréable en boisson. Pour l'administration des bains et des douches, elle est chauffée dans des vases clos, à l'aide de la vapeur, comme on le fait avec tant de succès à Uriage.

L'analyse ayant démontré que la caléfaction n'altère pas les eaux minérales, il faut reconnaître qu'elles valent infiniment mieux pour être employées en bains, que certaines eaux thermales qu'on est obligé de laisser refroidir, puisque alors celles-ci perdent la presque totalité de leurs principes actifs.

De même que toutes les eaux sulfureuses, les eaux des Camoins conviennent dans les maladies de la peau, les affections catharales chroniques des bronches, du vagin et de l'urètre; dans quelques maladies du tube digestif, dans les engorgements du col de l'utérus et les prolapsus de cet organe; dans les névralgies, les douleurs rhumatismales et celles qui sont la suite d'anciennes fractures ou de blessures graves.

Bien plus que les autres eaux sulfureuses, celles-ci se sont montrées efficaces dans plusieurs maladies qui reconnaissent pour cause le vice scrophuleux, telles que luxations spontanées, tumeurs blanches, engorgements lymphatiques, contracture des membres. Les eaux des Camoins ne doivent peut-être pas ce privilége seulement à leur nature, mais aussi au voisinage de la mer et à l'influence du climat.

Du reste, on conçoit combien a dû être rapide la prospérité d'un établissement d'eaux minérales à deux pas d'une ville comme Marseille, et sous un climat qui permet l'usage des bains pendant la plus grande partie de l'année.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Nouvelle Dermatologie, ou précis théorique et pratique sur les maladies de la peau, fondé sur une nouvelle classification médicale; suivi d'un exposé de principes généraux pouvant

servir de guide dans le choix des eaux minérales naturelles applicables dans le traitement de ces maladies, avec un formulaire spécial et planches coloriées; par P. Baumès, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, correspondant de l'Académie royale de médecine, etc. — In-8°, tome Ier. 1842. —A Paris, chez J.-B. Baillière et Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine.—A Lyon, chez Charles Savy jeune, libraire-éditeur, quai des Célestins, 48.

Précis analytique sur le cancer de l'estomac et sur ses rapports avec la gastrite chronique et les gastralgies; par M. le docteur Barras, chevalier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine de Suède et de la Société de médecine de Lyon. — Un vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50 c. pour Paris, et 3 fr. *franco* par la poste. — A Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 4.

Des sondes et des bougies en gélatine indestructible de l'ivoire; mémoire lu à l'Académie royale de médecine de Paris, le 2 juin 1840; par J.-J. Cazenave, médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc., etc. — Se vend à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17. — A Londres, chez H. Baillière, Regent-Street, 219.

De l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge et des moyens d'arrêter la propagation de cette maladie dans toute agglomération d'individus; par H. P. Gouzée, docteur en médecine et médecin principal de l'armée, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Anvers, chevalier des ordres de Léopold et de la Légion-d'Honneur, etc., etc. — A Bruxelles, chez J.-B. Tischer, librairie médicale et scientifique, rue de l'Étuve, 20. — A Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Réponse aux principales objections dirigées contre les procédés suivis dans les analyses du sang et contre l'exactitude de leurs résultats; par MM. Andral et Gavarret. — Brochure in-8° d'environ 80 pages. — A Paris, chez Fortin, Masson et compagnie, libraires, place de l'École-de-Médecine, 1.

REVUE MÉDICALE.

(Mai 1842.)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

NOTE

POUR

SERVIR A L'HISTOIRE DES HALLUCINATIONS;

Par M. BLAUD,

Médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

M. Baillarger, dans un fragment sur les hallucinations, publié dans la *Revue médicale* du mois de janvier dernier, définit, d'après M. Lelut, cette sorte de lésion des facultés intellectuelles : *Une transformation de la pensée en sensation* (p. 6); et il admet, dans un second fragment, un autre ordre d'hallucinations qui ne sont, selon lui, que la reproduction spontanée de sensations vives antérieures (p. 12), et dans lesquelles les idées se transforment aussi en sensations (p. 15).

En premier lieu, appeler une hallucination la transformation de la pensée en sensation, nous paraît peu philosophique : c'est donner à la pensée un attribut qu'elle n'a pas; car, pour qu'elle puisse se transformer, il faut nécessairement qu'elle ait déjà une forme. Or, je ne sache pas que la pensée, qui est l'acte d'un être immatériel, qui est

immatérielle elle-même, puisse avoir une forme, et, par conséquent, la perdre pour en revêtir une nouvelle. On conçoit qu'un corps cubique puisse devenir pyramidal; mais on ne concevra jamais que la pensée puisse devenir autre que ce qu'elle est, et prendre un des attributs de la matière.

Concluons donc que cette définition, bien loin d'être *un progrès*, comme le dit M. Baillarger (p. 6), est, au contraire, une rétrogradation vers le matérialisme, si ce n'est dans la pensée qu'elle renferme, du moins dans les expressions qui la représentent. C'est reculer vers le *sensationalisme*, qui voulait que les idées ne fussent que des sensations transformées; car si la pensée peut devenir sensation, il faut rigoureusement, logiquement en conclure, que la sensation, à son tour, peut devenir pensée.

En second lieu, considérer les hallucinations comme n'étant que la *reproduction de sensations vives antérieures*, ne nous paraît pas plus logique. Une sensation suppose la présence de l'objet qui la reproduit; car il ne peut y avoir de sensation sans un agent qui la détermine.

Il serait, ce nous semble, plus philosophique de remplacer le mot *sensation* par celui de *perception;* car la perception peut se renouveler en l'absence des corps qui ont agi sur nous, comme on le voit dans celles que rappelle la mémoire, et que reproduit l'imagination, et qui peuvent reprendre toute leur vivacité primitive.

La seule marche à suivre pour connaître la nature intime des hallucinations et arriver à une définition exacte de ce phénomène, c'est, ce nous semble, d'analyser la pensée elle-même, d'en étudier tous les éléments, d'embrasser tous les rapports, tous les liens qui les unissent entre eux,

et qui les constituent dans une dépendance mutuelle.

La pensée, en général, est l'ensemble des facultés de l'âme; mais, considérée dans un sens plus restreint et applicable à notre objet, on peut la définir : la réunion d'un plus ou moins grand nombre d'idées liées entre elles par des rapports naturels; exemple :

Il est beau de mourir pour sa patrie.

Cette pensée renferme l'idée du *beau*, celle de la *mort* et celle de *patrie*, ayant toutes des rapports mutuels, qui donnent à la pensée un sens vrai et bien défini. L'idée du *beau* serait vague et sans application, si elle n'était liée à celle de la *mort*; et celle d'une belle mort serait sans précision, si elle ne se rapportait à celle de *patrie*.

L'idée de *εἶδω*, je sais, je connais, et non point, comme le voulaient les sensationalistes, de *εἴδω* je vois, ce qui faisait de l'idée une image, et par conséquent une sensation, l'idée, disons-nous, est la connaissance d'un ou de plusieurs objets. L'idée d'un corps, par exemple, se compose de la connaissance de tous les attributs, de toutes les propriétés de ce corps; plus la connaissance de ces attributs est complète, plus l'idée a de perfection.

L'idée naît à la suite d'une ou plusieurs perceptions comparées, réfléchies, jugées. La perception, élément de l'idée, comme celle-ci l'est de la pensée, n'est donc que l'action de percevoir, de saisir les divers attributs des objets qui agissent sur nous. C'est une opération de l'être spirituel, immatérielle comme lui, et qui lie les sens à l'intelligence. Elle diffère essentiellement de la sensation, qui est, pour ainsi dire, le transport tout matériel et inintelligent des impressions reçues à l'âme; et quoiqu'elle semble se confondre avec elle, parce que la limite qui sépare le physique

du moral, les organes des sens de l'intelligence, nous est inconnue, néanmoins on sent qu'il existe une différence infinie entre l'impression, effet d'une action matérielle, et l'action intellectuelle qui la saisit, qui la *perçoit*, qui la comprend, pour la convertir ensuite en idée.

Ainsi donc, pour que la pensée, relativement aux objets extérieurs, puisse se former, il faut nécessairement qu'il y ait impressions matérielles reçues, perçues, comparées, réfléchies, jugées.

Mais ce qu'il est surtout important de considérer, c'est que toute perception peut être vivement rappelée par la mémoire, ou reproduite par l'imagination, même avec addition ou mélange de perceptions étrangères, lorsque ces deux fonctions jouissent d'un surcroît d'énergie (1); et c'est là, selon nous, la cause unique des hallucinations.

Une hallucination, en effet, est une ou plusieurs perceptions sans causes extérieures actuellement agissantes; et elle ne peut avoir sa source que dans la mémoire, qui reproduit vivement alors des perceptions passées, et les rend comme présentes, ou dans l'imagination, qui en crée de

(1) Les fonctions intellectuelles peuvent, chacune en particulier, comme les fonctions organiques ou matérielles, se montrer dans un état de surexcitation. On le voit : pour *l'attention* dans *l'extase*, pour la *réflexion* dans *l'abstraction*, pour *l'imagination* dans *l'aliénation mentale*, etc. Elles peuvent aussi être frappées de débilité, comme cela s'observe dans la *démence*, où l'incohérence des idées dépend de l'affaiblissement de la mémoire, et dans *l'idiotisme*, où l'absence de toute idée annonce son abolition; car la mémoire est le foyer principal de l'intelligence, puisqu'elle lui conserve et lui transmet les éléments sur lesquels elle s'exerce, et que sans elle, les perceptions et les idées s'évanouiraient au moment même de leur formation, et la pensée ne pourrait avoir lieu.

nouvelles, ou qui emprunte à la mémoire un plus ou moins grand nombre de leurs éléments. Dans l'un et l'autre cas, ces perceptions, que l'esprit rapporte, comme dans l'état physiologique, aux objets d'où elles sont primitivement émanées (1), ce qui rend ces objets comme présents et produit l'illusion qui égare l'halluciné, dans l'un et l'autre cas, disons-nous, ces perceptions font naître des idées, qui, évidemment, sont indépendantes de toute impression matérielle, de toute sensation, et par conséquent de toute action des appareils des fonctions sensitives.

Il n'y a donc pas dans une hallucination transformation de la pensée ; car la pensée est l'effet et non la cause de la perception qui y donne lieu ; c'est cette dernière qui fait naître toutes les idées dont cette pensée se compose ; ou si elle est le produit d'une idée, celle-ci ne cesse pas de rester la même, et par conséquent ne se transforme pas ; c'est la mémoire ou l'imagination seules qui y ajoutent une perception nouvelle. D'ailleurs puisque l'idée est une *connaissance* de *rapports ou d'attributs*, elle ne peut nullement se transformer ; elle reste ce qu'elle est, ou elle n'est plus. Que serait, en effet, une connaissance qui se serait transformée ? Elle ne pourrait être qu'une idée rectifiée, ou une autre idée plus précise et plus complète, mais jamais une sensation, qui n'est et ne peut être une *idée*. Et d'ailleurs comment expliquer, par cette transformation, les hallucinations qui se manifestent sans idées antérieures et ran-

(1) Dans l'état physiologique, nous rapportons hors de nous les images ou les impressions des corps qui frappent nos sens, quoique ces impressions ou ces images soient réellement au-dedans de nous, et que ce soit là seulement que nous en percevions l'existence.

port direct avec elles, comme nous en citerons plusieurs exemples dans la suite de cette note ?

Au reste, voyez ce qui nous arrive à nous-mêmes lorsque, nous isolant du monde extérieur, et nous recueillant au-dedans de nous, nous donnons un libre cours à notre mémoire ou laissons errer à l'aventure notre imagination: mille perceptions diverses se réveillent ou se produisent dans notre esprit, soit spontanément, soit entraînées par des idées que la mémoire ou l'imagination déterminent, et qui sont en réalité en rapport avec elles; nous sommes transportés dans un monde chimérique où quelquefois les scènes les plus singulières, les plus saisissantes, pénètrent vivement notre âme, et nous convertissent en véritables hallucinés, jusqu'à ce que enfin une impression extérieure vienne dissiper tous ces objets fantastiques, et nous ramener à la réalité. Ce sont là des hallucinations physiologiques sans doute, que nous éprouvons tous les jours, et qui s'évanouissent au moment même où la raison se réveille. Mais il est aisé de concevoir que si notre mémoire ou notre imagination ont acquis une activité exagérée, morbide, toutes ces perceptions, toutes ces idées, seront plus vives, plus pénétrantes, plus profondes, que rien de ce qui nous entoure ne pourra les dissiper, et que ces mêmes hallucinations seront réellement pathologiques.

Appliquons ces considérations aux faits cités par M. Baillarger, et voyons s'ils ne pourront pas servir d'appui à l'opinion que nous venons d'émettre.

La malade dont il rapporte l'histoire dans son premier fragment, était dans le délire de la fièvre. Elle voit une araignée descendre, au moyen de son fil, du plafond sur son lit, et aussitôt une voix mystérieuse lui dit de prendre

cette araignée, de la brûler avec le drap au moyen duquel elle l'avait saisie, puis de sortir quand la chambre fut pleine de fumée, d'acheter un gâteau à mesure qu'elle passait devant un pâtissier, de boire quand elle fut près d'une fontaine, et enfin de se baigner lorsqu'elle se trouva en face d'un établissement de bains.

M. Baillarger conclut de ces faits que les idées de fuir le feu, de manger, de boire, de se baigner, qu'avait nécessairement la malade, se sont transformées en une sensation, ou en l'audition de la voix qui la pressait d'accomplir ces différents actes.

Nous dirons, nous, que les idées formées à la vue de l'araignée, du feu, des gâteaux, de l'eau, etc., provoquaient la volonté de saisir l'insecte, de le brûler, de fuir l'incendie, de manger, de boire, etc., et que l'imagination excitée tout à la fois et par ces idées et par cette volonté, faisait naître la perception chimérique ou l'audition de la voix mystérieuse qui ordonnait à la malade de se livrer à ces divers actes; que, dans tous ces cas, l'idée ne se transformait pas en sensation, qu'elle restait toujours la même, et qu'il s'y joignait seulement une perception imaginaire en rapport avec elle par les actes qu'elle prescrivait.

Des phénomènes analogues se manifestent dans le deuxième fait cité par M. Baillarger. La femme qui en fait le sujet, se croyait condamnée à plusieurs années de prison, et elle entendait, presque toute la journée, la voix du préfet de police avec lequel elle jouait à pair ou impair, au moyen de pièces de monnaie qu'elle tenait dans sa main. Si elle savait le nombre des pièces que sa main renfermait, le préfet gagnait toujours, et cela parce que l'idée qu'elle avait de ce nombre donnait lieu au préfet de le deviner. D'où

M. Baillarger conclut encore que la pensée de la malade se transformait en sensation.

Nous croyons, nous, que cette femme n'entendait pas la voix du préfet, dans le sens matériel que nous attribuons au mot *entendre*, que le sens de l'ouïe était étranger à cet acte, qu'il y avait seulement perception déterminée par l'imagination qu'excitait la crainte de perdre, et qui mettait, dans la bouche d'un être chimérique, des mots que la malade avait elle-même présents à l'esprit. Ce qui le démontre, c'est que le préfet ne gagnait pas toujours lorsqu'elle ignorait le nombre des pièces qu'elle avait dans la main; car alors son esprit n'ayant point de chiffre connu, son imagination mettait au hasard, dans la bouche du préfet, celui qu'elle enfantait le premier, et qui n'était pas toujours le véritable.

Les hallucinations par sensations vives antérieures, dont M. Baillarger cite plusieurs exemples, n'étaient, pas plus que les précédentes, des transformations de la pensée en sensations. Elles étaient toutes des perceptions créées par l'imagination ou reproduites par la mémoire, soit spontanément, soit à la suite d'idées actuelles qui les réveillaient.

Ainsi, la femme qui avait reçu sur la tête un pot à fleurs et qui plus tard était saisie, à différents intervalles, d'accès de frayeur où il lui semblait éprouver le même accident, ressentir la douleur qui en fut la suite, entendre le bruit que fit le pot en tombant, etc.; celle dont le mari fut tué dans une émeute et qui entendait par accès le bruit du canon, le sifflement des balles et se sauvait dans les champs; M. Andral, qui crut voir dans sa chambre, pendant un quart-d'heure, le cadavre d'un enfant, et en percevoir même l'o-

deur infecte; Pascal qu'effrayait si souvent le précipice qu'il voyait entr'ouvert sous ses pas, étaient des hallucinés qui se trouvaient sous l'empire de leur imagination qui leur créait des idées fantastiques, et de leur mémoire qui leur rappelait des perceptions en rapport avec ces mêmes objets. Toute autre explication ne saurait, ce nous semble, être admise par la psychologie philosophique. Les observations suivantes serviront d'appui à notre opinion :

Le 10 du mois de septembre 1820, mademoiselle de B..., âgée de 16 ans, d'une constitution avec prédominance nerveuse, étant à la campagne où elle passait habituellement la belle saison, et travaillant dans son salon à un ouvrage de broderie, entendit tout à coup une voix forte et sonore qui l'appelait et qui lui sembla retentir dans la pièce où elle se trouvait; elle releva vivement la tête et ne vit personne. Quelques instants après, la même voix se fit entendre de nouveau. Effrayée, elle se leva précipitamment et sortit de la maison; la voix la poursuivit sans relâche. Elle fuit à travers champs, la voix la poursuivit toujours... Enfin, sous l'influence de la lassitude et de la frayeur, elle tomba évanouie. Sa mère et les domestiques qui étaient accourus la transportèrent dans l'habitation où elle ne tarda pas à reprendre connaissance. La même hallucination eut encore lieu à trois reprises dans le courant du même mois, et ne reparut plus.

Pourrait-on dire qu'il y eut dans ce cas, transformation de la pensée en sensation? Cette hallucination ne fut-elle pas plutôt l'effet de l'excitation de l'imagination qui la produisit d'une manière spontanée et hors de l'influence de toute idée antérieure à son développement?

La même conclusion ressortira de l'observation suivante.

Marie Ch.., âgée de 56 ans, éprouva, le 8 février 1826, une émotion très vive à la vue d'un accès convulsif dont son mari venait d'être atteint. Le 26 mars suivant, fièvre aiguë avec éruption pustuleuse aux lèvres et tuméfaction des glandes du cou. Dans la nuit du 27 au 28, elle se réveille en sursaut, et voit autour d'elle des monstres hideux prêts à la dévorer; elle se lève, allume sa lampe, et ces objets fantastiques disparaissent. Agitation, anxiété extrême dans la journée. La nuit suivante, les mêmes visions ont lieu dès que la malade est dans son lit; elles cessent dès que sa lampe est rallumée.

Mais le 30, au matin, lorsqu'elle se lève, elle est tout étonnée de trouver aux objets qui l'entourent des dimensions immenses. Le faîte de sa maison se perd dans les nues; son étendue en largeur et en profondeur est proportionnée à cette hauteur. Les rues sont d'une largeur sans limites; tous les individus qu'elle voit sont pour elle des géants d'une taille démesurée. Elle n'ose aller seule, et se fait toujours accompagner par quelqu'un; il lui semble qu'elle se perd dans l'espace infini qui l'entoure, et qu'elle n'est qu'un atome auprès de la personne qu'elle a prise pour appui. Elle éprouve des tressaillements, des tremblements, des palpitations de cœur, causés par la frayeur qui l'agite. Cet état persista jusqu'au 15 juillet suivant, où il cessa, soit par l'influence d'un traitement antispasmodique que nous lui prescrivîmes le 5 du mois de juin, et dont la racine de valériane formait la base, soit d'une manière spontanée.

Ce fait singulier nous offre deux espèces d'hallucinations, différentes l'une de l'autre quant à la forme, mais de la même nature, quant au fond. Dans la première, ce sont

des visions fantastiques, simples produits de l'imagination; dans la deuxième, c'est une erreur d'appréciation des dimensions des corps, un faux jugement sur ces dimensions que la même imagination exagère. Mais dans l'une et dans l'autre, on ne pourra pas dire qu'il y a eu transformation de la pensée en sensation. Il en sera de même dans l'observation suivante :

M. P...., chirurgien militaire en retraite, âgé de 60 ans, se couche, comme à son ordinaire, à dix heures du soir, le 10 du mois de janvier dernier. A peine a-t-il éteint sa lampe, que, dirigeant ses yeux vers le plancher, il voit, à son grand étonnement, des maçons qui le démolissent et en changent les solives. Il les interpelle, il les menace, et, les voyant sourds à sa voix, il appelle à grands cris du secours. Lorsqu'on arrive auprès de lui avec de la lumière, et qu'on lui demande la cause de ses cris, il montre à ceux qui l'entourent les objets fantastiques qu'il ne cesse point de voir, et il s'irrite vivement de ce qu'on lui en conteste la réalité. Il pense que sa femme est de connivence avec ces ouvriers. Enfin, après plusieurs heures d'agitation, il s'endort, et passe le reste de la nuit d'une manière assez paisible.

Les mêmes visions eurent lieu toutes les nuits pendant quinze jours ; et, après qu'elles eurent cessé, nous lui demandâmes pourquoi il ne voyait plus ses maçons : il nous répondit que la police y avait mis bon ordre.

Mais cette hallucination est bientôt suivie d'une autre non moins singulière. Dès que son feu est allumé, M. P... voit, au milieu du foyer, un grand nombre de personnes qui le traversent dans tous les sens, les unes à pied, les autres à cheval; tantôt c'est une compagnie de soldats faisant

des manœuvres militaires, tantôt ce sont des dames élégamment vêtues qui s'y promènent comme dans un lieu public; et, aussi n'ose-t-il toucher à son feu, et ne permet-il à personne d'en rapprocher les tisons, de peur qu'on ne renverse et qu'on ne brûle les personnes qui se trouvent dans le foyer.

Depuis quelque temps il s'est joint à cette hallucination, qui dure encore aujourd'hui, 20 avril, une autre illusion dans laquelle il entend des chants lointains, ou bien il voit des personnes étrangères se promener dans sa chambre, et disparaître subitement au moment où quelqu'un de sa famille vient à y entrer. Cependant la raison de M. P... est pleine et entière, et on n'aperçoit en lui aucun autre désordre intellectuel.

Certes on ne peut pas dire ici, pas plus que dans les observations précédentes, qu'il y ait eu transformation de la pensée en sensations; et il est bien évident que toutes ces hallucinations dépendent essentiellement des aberrations de l'imagination, cette folle mère de toutes les illusions humaines, qui par les images chimériques qu'elle produit dans son excitation, égare si souvent la raison, et donne au jugement la direction la plus vicieuse.

Est-ce que tous les écarts moraux de la vie ne dépendent pas des illusions qu'elle fait naître dans notre âme? Toute la fausse valeur que nous attribuons aux objets pour lesquels nous nous passionnons, que nous poursuivons de nos ardents désirs, et qui, après leur possession, nous détrompent eux-mêmes, n'est-elle pas une hallucination? et, à le bien prendre, toute notre vie ne se passe-t-elle pas dans de continuelles chimères, et ne sommes-nous pas de véritables hallucinés?

Concluons des faits et des considérations qui précèdent,

1° Qu'une hallucination est une perception sans cause externe, et que la définition qu'en a donnée M. Esquirol est encore la meilleure ;

2° Que sa nature est toute spirituelle, et qu'elle est absolument étrangère aux appareils sensitifs, dont l'action est nulle dans sa production ;

3° Que l'imagination en est la cause principale, et qu'elle la produit tantôt seule, comme lorsqu'il s'agit d'objets chimériques, et tantôt aidée de la mémoire, lorsqu'elle se compose d'objets déjà perçus ;

4° Enfin qu'elle ne saurait être une transformation de la pensée, puisque la pensée, immatérielle par sa nature, n'a point de forme, et ne peut, par conséquent, se transformer, et devenir matérielle comme la sensation considérée dans l'impression qui la produit.

Beaucaire, 20 avril 1842.

DE LA MASTICATION

ET DU CHOIX DES ALIMENTS

DANS LES DYSPEPSIES (Digestion lente et pénible) :

Mémoire lu à la société médico-pratique de Paris,

Par M. A. LAGASQUIE, secrétaire de la société.

La trivialité du titre que vous venez d'entendre vous dit assez, messieurs, que je n'ambitionne point le mérite de vous entretenir d'un sujet nouveau pour l'observation, ni d'aucune grande découverte. S'il pouvait exister quelque doute à cet égard, je m'empresserais d'ajouter que

les remarques que je vais vous soumettre ont été consignées, pour la plupart, dans divers écrits, et qu'elles n'ont probablement pas manqué de s'offrir à vous dans votre pratique particulière.

Mais, dans une science aussi étendue que la médecine, bien des choses qu'on a apprises cessent quelquefois d'avoir une place suffisamment active dans la mémoire et dans l'attention. Rappeler alors des observations vraiment utiles qui tombent dans l'oubli, leur donner une force nouvelle en grouppant des faits et des aperçus qui languissaient dispersés, les rajeunir par un nouvel ordre d'exposition; donner enfin les résultats de son expérience personnelle, peut n'être pas une entreprise superflue; et puissiez-vous trouver, messieurs, que le jugement ne m'a pas fait défaut dans cette circonstance.

Je ne crains pas de vous avouer, messieurs, que j'ai puisé à des sources profanes l'initiative de ce léger travail. Ce sont les remarques spontanées d'un malade qui ont fixé mon attention, et par suite rappelé mes souvenirs sur un objet de physiologie et d'hygiène dont j'étais distrait. Je me plaignais un jour de maux de tête, auxquels je suppose une origine fréquemment gastralgique, lorsqu'un de mes clients, qui m'entendait et qui en souffrait quelquefois aussi, me demanda si je m'observais en mangeant, et si, par hasard, je n'aurais pas l'habitude d'avaler trop vite le bol alimentaire; qu'il avait fait l'épreuve sur lui-même des inconvénients d'une trituration imparfaite des aliments. Aussitôt se présentèrent à ma mémoire les observations de ce genre consignées dans les traités de physiologie, et je me promis de les soumettre à une vérification personnelle. Je me propose de vous présenter aujour-

d'hui le résultat de mes remarques et de mes réflexions à cet égard.

J'ai à considérer la mastication, le choix des aliments et, en outre, les dyspepsies qui peuvent reconnaître des causes différentes.

Pour ce qui concerne la mastication, je n'ai point à me préoccuper de l'origine diverse des dyspepsies; car, quelle que soit la cause organique de la lenteur et de la difficulté des digestions, je n'aurai rien à modifier sur ce point. Il n'en sera pas de même quand je passerai au choix des substances alimentaires.

Il n'est pas de praticien qui ne s'enquière, avec une véritable sollicitude, de l'état des fonctions digestives dans toutes les maladies qui cessent d'offrir le caractère aigu. Et comment pourrait-il en être autrement? quelle est la santé possible en l'absence d'appétit et de bonnes digestions? Or, sans m'arrêter pour le moment à la diversité des causes organiques qui empêchent l'estomac de bien digérer, je rappellerai l'importance d'un acte physiologique auquel on prête souvent peu d'attention; c'est de la mastication que je veux parler. On conviendra qu'il est fort rare que l'homme s'observe pour la trituration des alimens; le savant même, sous ce rapport, suit une pratique aussi empirique que le vulgaire. Du reste, tout le temps qu'on digère bien, il est inutile de faire intervenir la science dans un acte que la nature nous a enseigné. Mais il n'en est pas de même aussitôt que les digestions périclitent ou deviennent habituellement mauvaises. Indépendamment des troubles organiques qu'on recherche tout d'abord, il convient alors d'interroger la physiologie et l'hygiène pour découvrir les causes de la dyspepsie.

Parmi ces causes, qui sont nombreuses, je ne dois m'occuper ici que de la trituration imparfaite des éléments.

Il n'est pas de médecin, de naturaliste, qui, en considérant l'organisation de la mâchoire et la structure correspondante de l'estomac chez les différents animaux, n'aient pu en inférer que la mastication était un acte important dans la série des phases successives de la digestion. On peut dire que la bouche et la cavité gastrique s'aident et se suppléent réciproquement, de telle sorte que le travail de l'une diminue d'autant le travail de l'autre. Faut-il citer un exemple frappant pour prouver que ce concours et cette suppléance leur sont assignés dans l'ordre de la nature? Voyez comme les tuniques de l'estomac sont faibles dans l'espèce humaine, dont la mâchoire est bien garnie; voyez, au contraire, comment les espèces qui avalent sans triturer, faute de dents, comme les oiseaux granivores, ont un estomac épais et musculeux, capable de faire en même temps l'office des arcades dentaires. L'anatomie et la physiologie comparées pourraient nous fournir un grand nombre d'exemples du même genre; mais puisqu'un seul peut nous suffire, il convient d'abréger ces citations. Si les digestions sont si fréquemment mauvaises dans un âge avancé, devons-nous penser que la débilité de l'estomac en est la cause unique, et que la dégradation des mâchoires n'y contribue pas?

Il serait superflu sans doute de multiplier les preuves tendant à établir que les dents ont leur utilité, et que la trituration des aliments n'est pas une chose indifférente. Le principe n'est point contesté, et le seul tort qu'on a, c'est d'en apprécier imparfaitement la valeur, et de n'y point songer à propos. Puisqu'il est avéré que la bouche

et l'estomac peuvent se prêter mutuellement une assistance si positive, comment ne pas songer aussitôt qu'une mastication attentive, entièrement dépendante de la volonté, peut contribuer puissamment à alléger le travail gastrique qui se montre difficile et lent? J'ai averti que j'écartais encore la question de savoir s'il fallait alors des aliments, et de quelle espèce. J'admets qu'on en prend, et je me borne à examiner s'il vaut mieux les triturer attentivement que de les avaler vite.

Toutes les fois donc qu'un sujet, auquel on ne pense pas devoir prescrire la diète, se plaint de dyspepsie, il convient, quelle qu'en soit la cause, de s'informer d'abord s'il avale précipitamment, et de lui recommander, dans tous les cas de bien triturer le bol alimentaire. J'ajouterai qu'il est nécessaire d'insister, de fixer vivement l'attention du malade sur ce point; autrement il faut s'attendre à voir la prescription négligée. On y prendra garde pendant deux ou trois repas, après quoi l'on retombera dans ses habitudes. Un usage nouveau, qui doit réformer une ancienne coutume, ne peut se contracter en un jour; on n'y parvient que par une surveillance attentive et longue. Chacun sait d'ailleurs que la mastication est plutôt une affaire d'instinct et d'habitude que de règle et d'expérience raisonnée, et que l'élaboration buccale du bol alimentaire varie beaucoup suivant les individus. De sorte que, sans s'observer assiduement et longtemps, les personnes dont la digestion est troublée parce qu'elles mangent trop vite, ne parviennent pas à se corriger. Il est des circonstances où cette observation de soi-même est plus nécessaire, et qu'il faut avoir soin de signaler. Notamment quand le repas se fait attendre et que l'appétit est très-prononcé; lorsque les

aliments ne plaisent pas au goût, ou sont coriaces; lorsqu'on mange seul ou qu'on apporte des préoccupations à table; enfin, lorsqu'on est pressé par le temps. Je suis persuadé aussi que la digestibilité, bien différente, du pain tendre et du pain rassis ne provient pas seulement de ce qu'on mange davantage du premier, mais encore de ce qu'on l'avale trop vite, tandisqu'on est obligé de triturer beaucoup le pain rassis, et conjointement les autres substances qui sont dans la bouche; en même temps l'insalivation se fait mieux.

A l'appui des considérations que vous venez d'entendre, voici, Messieurs, quelques faits que j'ai observés. C'est sur les gastralgiques qu'ont commencé mes observations; ce choix était dicté par un égoïsme excusable, puisque je pouvais dire: *non ignarus mali, miseris succurrere disco;* je connais vos tourments et veux vous secourir. D'abord j'ai constaté que certains d'entre eux avaient coutume de manger avec précipitation alors même qu'ils ne sentaient qu'un appétit médiocre; ainsi ce n'était pas le besoin, c'était l'habitude qui précipitait la déglutition. Ensuite ce n'est pas sans difficulté et sans une vive insistance que j'ai pu obtenir, pendant plusieurs mois, l'observation de soi-même durant la mastication. Mais enfin, lorsque a été contractée la nouvelle habitude de bien broyer les aliments, j'ai noté les changements que voici: moins de rapports et de borborygmes, de lenteur et de malaise pendant le travail digestif; la présence des aliments dans l'estomac est rarement sentie quatre à cinq heures après les repas, tandis que auparavant cette sensation était presque journalière; l'indigestion suivie de vomissement, qui n'était pas rare, quelle que fût la sobriété, ne reparaît plus, même après les repas non ordinaires; l'intelligence reste plus libre pendant la digestion;

il y a moins d'apathie, de dégoût, d'irritabilité, de tristesse; les céphalalgies sont moins fréquentes et n'atteignent point cette violence atroce qui coïncidait avec la suspension du travail digestif et le vomissement; enfin, l'amélioration des fonctions digestives fait sentir son heureuse influence sur toutes les autres fonctions.

Depuis environ un an que j'observe les effets d'une bonne trituration des aliments chez les gastralgiques, deux paraissent entièrement guéris; les autres sont considérablement soulagés. Il est vrai sans doute que les nouveaux soins donnés à la mastication se combinaient avec d'autres réformes hygiéniques; mais je crois devoir leur attribuer la meilleure part des changements avantageux, qui ne se sont pas fait attendre lorsque j'ai rencontré des malades dociles et attentifs. On n'ignore point d'ailleurs combien les gastralgies invétérées sont opiniâtres.

Jusqu'à ce moment j'ai employé le mot dyspepsie dans son acception la plus étendue. Je n'avais, en effet, aucune raison pour la restreindre, n'admettant pas d'exception pour le précepte de bien triturer les aliments, quelle que soit la cause organique ou hygiénique de la lenteur et du malaise des digestions. Mais dans ce qu'il me reste à dire du choix des aliments, il devient nécessaire de préciser les états pathologiques. Je vais donc maintenant rendre au mot dyspepsie la signification bornée qu'il a depuis longtemps dans la science. L'illustre auteur de la nosographie philosophique applique spécialement cette dénomination à la difficulté de digérer, sans altération de texture appréciable de l'estomac, et il classe la dyspepsie parmi les névroses ou névropathies gastriques. On lui donne encore souvent le nom de gastralgie, quoiqu'elle puisse exister sans dou-

leur, ce qui du reste permet alors de la confondre sans inconvénient bien notable avec la simple langueur ou atonie d'estomac. Je me borne ici à la définition, une description serait hors de place.

A mesure que s'est dissipée, dans les préventions du corps médical, l'épidémie des gastrites imaginaires, on n'a pas tardé à reconnaître qu'il existait des inappétences et des dyspepsies dont la diète triomphait fort mal, et que les antiphlogistiques aggravaient presque toujours. Pendant que les remarques de ce genre se multipliaient, se produisant encore avec un caractère timide, parut un remarquable *Traité des gastralgies* dont la thérapeutique avait pour devise principale : *calmer sans affaiblir, fortifier sans irriter*. Ce traité contribua puissamment à réhabiliter les névroses gastriques que le système d'irritation avait tenté d'exclure de la nosologie.

Grâce au retour de l'esprit d'observation, la diète, dont les avantages ne sont point d'ailleurs méconnus, n'est plus considérée comme un remède souverain et un moyen innocent, dans les dyspepsies chroniques et apyrétiques. On oublie un peu moins que la nourriture n'est pas un luxe, une superfluité dans l'existence, et que, sans tomber dans un arbitraire intolérable, le régime des ordonnances médicales ne peut aller jusqu'à faire périr les malades d'inanition, après avoir engourdi l'appétit à force d'eau de gomme ou de bouillon de poulet.

Quelque difficiles, quelque capricieuses que soient les digestions chez les gastralgiques, la diète est un pis-aller sur lequel on ne doit insister qu'en désespoir de cause ; c'est-à-dire lorsque tous les aliments sont repoussés par l'estomac. Autrement l'abstinence épuise les forces

générales sans remédier aux accidents locaux. Il faut donc nourrir ces malades, et la difficulté principale consiste dans le choix des aliments. Le précepte thérapeutique que je citais il n'y a qu'un instant suppose deux grandes catégories de gastralgiques ; les uns suffisamment robustes et tourmentés de spasmes qu'il convient de calmer sans affaiblir ; les autres faibles et en même temps irritables qu'il faut fortifier sans irriter. Vous pressentez déjà, sur ce simple énoncé, quel sera le régime alimentaire de ces deux catégories de malades. Pour les premiers, ce seront des potages, des légumes doux, des fruits, des viandes blanches. Les seconds seront mis à l'usage habituel et abondant des consommés, des viandes corroborantes d'animaux adultes. Mais on aura soin de bannir les épices, les stimulants et les spiritueux.

Ce précepte général dont la formule est très-claire, rencontre de nombreux obstacles dans l'application ; alors même qu'on aurait discerné avec justesse quelles sont les gastralgies névrosthéniques qu'on n'a besoin que de calmer, et quelles sont les gastralgies névro-asthéniques qui réclament des fortifiants ; il se présente toujours une question préalable à résoudre, savoir : Y aura-t-il des aliments supportés, et lesquels? La dispepsie a des degrés très-divers ; communément les malades peuvent manger de beaucoup de choses ; quelquefois au contraire l'estomac est d'une intolérance désespérante. Un des derniers gastralgiques que j'ai vus et qui avait en même temps la chorée, rejeta absolument tout pendant près de trois semaines, et le vomissement suivait de très-près l'ingestion. J'eus beaucoup de peine à réparer le mal qu'avait fait une erreur de diagnostic, car il pouvait encore digérer quand il fut mis à une diète

rigoureuse suivie de deux applications de sangsues à l'épigastre quoiqu'il n'eût ni fièvre, ni rougeur, ni saleté de la langue.

Dans le traitement de la dyspepsie, les principes généraux, déduits de la constitution du sujet malade, de l'origine et des complications de la maladie, sont bien souvent insuffisants pour éclairer sur le choix des substances alimentaires. Il est nécessaire d'observer et d'interroger longuement les dyspepsiques. Les jugements qu'on porte à première vue sur le régime qu'ils doivent suivre ont besoin de confirmation. L'estomac de ces malades est si capricieux, que, si l'on base les prescriptions diététiques sur des principes généraux, au lieu d'examiner avant tout les habitudes, l'expérience personnelle et les particularités idiosyncrasiques du consultant, on s'expose à de grandes fautes pratiques. Vous conseillez à celui-ci le lait et les légumes, et il ne digère bien que le bœuf; à cet autre vous prescrivez des viandes très-animalisées, et il ne peut supporter qu'une nourriture très-légère; pour l'un, ce sont les aliments liquides qui passent bien; un autre ne digère bien que les solides. De toutes ces anomalies, de toutes ces contradictions, il ressort au moins cet avertissement déjà donné, qu'il faut se défier des jugements portés *a priori* sur le régime alimentaire des dyspepsiques, et ne pas les abandonner avec une ordonnance dont on négligerait d'observer les résultats. Il n'est peut-être pas de maladie où l'antique maxime, *A juvantibus et lædentibus fit indicatio*, trouve une application plus fréquente que dans la dyspepsie. Cette règle d'exploration, de tâtonnement est celle sur laquelle je désire fixer plus spécialement votre attention; car je la considère comme capitale. Au lieu

donc de se borner au diagnostic d'une gastralgie et à la considération des apparences du malade, c'est son hygiène, ses habitudes, ses souvenirs, son expérience personnelle qu'il convient de scruter avec le plus grand soin. Il a souvent fait, sur l'espèce et la dose des aliments, des remarques utiles, que le médecin doit mettre à profit. On se trompe presque à coup sûr si l'on prescrit la diète blanche à un dyspepsique qui ne digère bien que les viandes rôties et même épicées ; et, d'ordinaire, ces particularités ne se devinent pas ; il faut les apprendre de la bouche même du malade. Si celui-ci est dénué d'expérience, il ne reste d'autre ressource que l'expérimentation des divers aliments, que l'on suspend ou que l'on continue, dont on affaiblit ou dont on augmente la dose, dont on varie les préparations selon les effets qu'ils produisent.

Toutefois, l'hygiène alimentaire des gastralgiques n'est pas tellement dépourvue de notions acquises, qu'on ne puisse rien présumer du régime qu'on prescrit avant d'en avoir constaté les conséquences. En attendant que l'expérience ait prononcé, pour chaque malade, il existe quelques règles générales qui servent de guide au médecin. Ainsi, par exemple, il y a presque toujours désavantage à choquer le goût des gastralgiques, en leur conseillant des aliments qu'ils n'aiment pas. Si l'on croit devoir se renfermer dans la catégorie soit des aliments doux et légers, soit des alimens fortement nutritifs, il est indispensable de consulter leur goût pour l'espèce et la préparation ; on aurait tort de les leur imposer. Les aliments qui nourrissent sous le plus petit volume méritent généralement d'être préférés. La dose alimentaire peut-être subordonnée à l'appétit ; seulement il faut mettre de la régu-

larité dans les heures de repas, et quelquefois décomposer en trois ou quatre prises la quantité d'aliments qu'on ingérait en deux fois. Cependant il est bon de se défier des appétits soudains, impérieux, bizarres, sortes de fringales qui ne sont pas rares dans les gastralgies, et qui ont pour double inconvénient de précipiter la trituration ou de suggérer un mauvais choix de substances alimentaires. Ensuite, autant il peut être convenable de varier les aliments de bonne nature pour chaque repas, autant il est prudent de se tenir en garde contre la variété simultanée des espèces, dans la crainte de confondre la sensualité avec l'appétit Il ne faut point négliger, d'ailleurs, de flatter le goût des gastralgiques ; quelquefois leur inappétence est telle, qu'on a besoin de se préoccuper des aliments qu'on leur servira, la diète devant leur être nuisible. Cependant, la concession des substances épicées, qu'on sait exciter davantage l'appétit, demande beaucoup de circonspection, et les artifices de l'art culinaire ne sont pas sans danger pour les sujets atteints de gastralgie. Il ne leur suffit pas d'ingérer des aliments, il faut les digérer, et l'estomac peut ne pas se montrer aussi complaisant que la bouche. Malheureusement, les gastralgiques ont souvent des appétits capricieux, bizarres, dépravés, comme les femmes enceintes ou chlorotiques, et cette circonstance est très-fâcheuse pour le traitement. L'alternative est embarrassante lorsqu'il faut opter, pour ces malades, entre des aliments de franche nature qu'ils ne désirent ni ne digèrent pas, et des aliments suspects qui sont seuls attrayants et qui paraissent d'une digestion plus facile. Il est prudent alors de ne rien décider d'avance, d'observer et d'attendre les résultats. Il est d'ailleurs bien prouvé que les gastral-

giques, comme les sujets en pleine santé, digèrent généralement mieux les aliments qu'ils mangent avec plaisir.

Il en est un cependant d'extrêmement usuel, sur lequel je désire vous communiquer mes remarques. J'ai connu plusieurs dyspepsiques qui mangeaient beaucoup de pain, même sans attendre qu'il fût rassis, et j'ai pu me convaincre que cet aliment était une des causes les plus ordinaires de la lenteur et du mal-aise de leurs digestions, et qu'ils digéraient sensiblement mieux la viande à haute dose. A Dieu ne plaise que je veuille porter atteinte à l'estime si bien méritée dont jouit le pain en hygiène ; mais j'ai l'intime persuasion que les gastralgiques doivent en user très-sobrement, et ne pas le manger tendre. Lorsque ces malades sont devenus faibles par suite d'un régime trop exigu ou de mauvaises digestions, je crois qu'il est éminemment avantageux de leur conseiller l'usage progressif de beaucoup de viande, de substituer graduellement l'habitude anglaise à l'usage français. C'est sur des gastralgiques de ce genre qu'un régime très-substantiel, aidé de boissons toniques et d'un long exercice journalier au grand air, a produit des effets merveilleux. Cette combinaison mérite d'être fortement recommandée. L'exercice dissipe le superflu de la nutrition, et développe le besoin très-réel de se substanter ; ce besoin est pleinement satisfait par l'usage abondant de la viande ; enfin des boissons toniques telles que l'usage sobre du vin de Bordeaux, relèvent directement les forces digestives. Mais ces trois éléments de l'hygiène des gastralgies asthéniques, qui sont les plus communes, ne veulent pas être isolés. Sans exercice l'abondance d'une nourriture substantielle occasionnera des indigestions ; avec une nourriture exiguë, l'exercice

laborieux affaiblira l'organisation, sans apaiser les accidents gastriques ; enfin l'exercice pouvant développer un appétit encore disproportionné à la capacité digestive, l'emploi de quelque tonique est parfaitement indiqué.

La quantité, la consistance, le mode de préparation et jusqu'à la température des aliments, sont autant d'objets dignes de considération dans le traitement de la dyspepsie. Pour la quantité, nous avons dit qu'on pouvait généralement s'en rapporter à l'appétit, pourvu qu'on eût le soin de manger à des heures régulières et de ne point trop varier les espèces d'aliments dans le même repas. Pour la consistance, il ne faut pas sans nécessité déroger complètement aux habitudes, en ne prenant exclusivement que des aliments, soit liquides, soit solides. Le traitement des gastralgies par le lait, le bouillon et les potages augmente souvent la difficulté des digestions. Parmi les préparations de viande, le rôti, et, secondairement, le bouilli doivent l'emporter sur les sauces. Sans devoir être proscrits, les assaisonnements sont suspects. Les substances grasses et farineuses sont presque toujours mal digérées, de même que les légumes et les fruits sans coction, les sucreries qui passent facilement à la fermentation acide. Quant à la température, c'est surtout une affaire d'exploration. Les contrastes du chaud et du froid ne sont pas sans doute favorables ; mais il est des gastralgiques qui digèrent mieux les aliments chauds, d'autres quand ils sont frais ou froids. Lorsque, par goût ou par ordonnance, un dyspepsique se décide à ne rien avaler de chaud, pour compléter ce traitement réfrigérant, il peut être avantageux de prendre tous les matins un lavement d'eau d'une fraîcheur pi-

quante ; j'en ai constaté de bons effets. D'ailleurs la constipation doit être surveillée chez ces malades.

Que faire dans les gastralgies les plus rebelles, lorsque tous les aliments sont vomis ou péniblement digérés ? Il y a trois mois environ que je me suis trouvé en présence d'une semblable difficulté, et le jeune malade, profondément amaigri et débilité, ne pouvait plus quitter le lit depuis près de trois semaines. La diète essayée d'abord n'avait fait qu'exaspérer les vomissements nerveux et la chorée concomitante. Le lait d'ânesse, le bouillon de poulet, les tisanes mucilagineuses étaient vomis aussitôt qu'ingérés. Avec cela la langue était pâle, la soif nulle, la peau fraîche, et le pouls lent. Je prescrivis successivement du bouillon de poule, de coq, de bœuf, dégraissé, refroidi et avalé par cuillerées de quart d'heure en quart d'heure. Pour boisson, de l'eau rougie coupée d'eau de Seltz ; en même temps des demi-lavements de lait ou de bouillon avec un jaune d'œuf, etc. Les vomissements se modérèrent dès le lendemain ; ils avaient cessé au bout de trois jours ; le jeune malade put prendre graduellement des potages, des soupes, des sucs de viande, en rejetant la fibre, puis enfin la viande ; et la guérison quoique lente, parce qu'il avait été exténué par des sangsues et la diète, fit des progrès non interrompus.

Je pense que l'intolérance de l'estomac dans les gastralgies n'est pas une raison suffisante pour s'arrêter au parti de prescrire la diète, surtout si le malade est d'un tempérament délicat. Avant de se résigner à cette nécessité, il convient d'essayer des aliments de diverse consistance, de diverse nature, tour à tour chauds ou froids. Que la gastralgie soit simple ou qu'elle ne soit qu'une complication

de quelque affection nerveuse générale, comme la mélancolie, l'hypocondrie, l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, ou bien encore qu'elle soit le résultat de quelque excès, de quelque accident de l'hygiène, tels que la contention d'esprit, les chagrins, l'abus des organes sexuels, etc.; cela ne change rien aux précautions alimentaires que je viens de mentionner. L'erreur de diagnostic n'aurait de conséquences graves que si l'on appliquait le régime de la gastralgie, à la gastrite chronique ou aux dégénérescences organiques de l'estomac. Mais chacun de ces états pathologiques différents, a ses symptômes propres.

Il est cependant deux conjonctures très-capables de mettre en défaut le jugement des praticiens : d'abord les complications, qui ne sont pas rares, de gastrite et de gastralgie, et ce qui est bien plus décevant encore, la succession de la gastralgie à la gastrite. Parmi les causes de la dyspepsie, on a justement signalé la longue continuité d'une alimentation légère et débilitante, et tel est le régime usuel de la gastrite chronique. Il peut donc arriver qu'après plusieurs semaines, ou plusieurs mois, la phlegmasie soit dissipée et qu'il ait succédé une névrose gastrique. Quoique émanés de l'estomac les symptômes alors ne seront sans doute pas les mêmes; mais sera-t-il facile au praticien de s'affranchir de ses préventions, en se rappelant qu'il avait parfaitement constaté une gastrite chronique, et en voyant persévérer les troubles de la digestion qui n'ont fait que changer de forme? Cependant la santé sera inséparable de l'erreur; le régime émollient et léger qui convenait à la gastrite entretiendra et aggravera la gastralgie.

Je termine, Messieurs, les remarques et les réflexions toutes pratiques que j'ai cru pouvoir soumettre à votre

jugement. Sans prétendre épuiser un sujet sur lequel il y aurait encore tant de choses à dire, je me suis soigneusement renfermé dans mon titre : *De la mastication et du choix des aliments dans la dyspepsie.* Parmi les observations dont vous venez d'entendre la lecture, il en est quelques-unes que je désirerais plus spécialement recommander à votre attention, et qui peuvent être brièvement récapitulées.

1° L'utilité de bien triturer les aliments dans les dyspepsies de tout genre et particulièrement dans la gastralgie.

2° Le précepte d'exploration ou de tâtonnement avec les diverses substances alimentaires, pour éprouver leur digestibilité capricieuse, avant de se résigner à une diète presque toujours nuisible ou dangereuse dans la dyspepsie.

3° La sobriété de pain, et, pour les gastralgiques débilités, l'usage graduellement augmenté de beaucoup de viande combiné avec l'exercice au grand air et une boisson tonique.

4° Le besoin de redoubler d'attention pour établir le diagnostic des gastralgies qui succèdent aux gastrites, et changer aussitôt le régime alimentaire.

Le reste du traitement hygiénique et pharmaceutique de la dyspepsie, se trouve exclu par les termes précis du titre de ce mémoire.

MÉMOIRE

SUR DES CÉRÉBRO-SPINITES,

Qui ont régné en 1840 et 1841, pendant l'hiver, et qu'il a fallu traiter par l'opium;

PAR M. CHAUFFARD,

Médecin de l'hôpital d'Avignon (Vaucluse).

« On ne connaît pas de maladies qui dévoilent plus efficacement, aux yeux du public, les vastes lacunes de la médecine et les ténèbres dont elle est environnée, que les épidémies meurtrières. »

MICHEL SARCONE.

Dans les premiers mois de 1840, on apporte à l'hôpital de jeunes soldats, gras, charnus, en garnison ou au régiment depuis un temps plus ou moins long, frappés d'une maladie dont les principaux caractères dénotent une lésion profonde de la base du cerveau, de ses ventricules et de la moëlle épinière. Ils meurent foudroyés, quelques-uns en moins de 48 heures, le plus grand nombre avant la fin du premier septénaire, un petit nombre à l'expiration du second, très-peu du trentième au quarantième jour, ceux-ci dans le marasme, et après qu'on s'est leurré de les voir prendre le dessus. Cette affection, fatale pour tous, en dépit de toute méthode, ne sort point heureusement de la caserne, ni de l'hôpital, et n'inspire pas d'effroi; car les malades y périssent les uns après les autres, et l'on n'y pense plus.

J'en étais navré; je ne cessais d'ouvrir des cadavres. Quand les malades succombaient rapidement, ils avaient les parties supérieures du cerveau gorgées de sang, l'arachnoïde déjà louche et épaissie, du pus en couche sur les éminences mamillaires, l'entrecroisement des nerfs optiques, les prolongements antérieurs du cerveau, le pont de Varole, la queue de la moelle allongée; ils avaient de l'eau dans les ventricules et des ramollissements partiels plus ou moins étendus de la moëlle.

Ceux qui mouraient du sixième au quatorzième jour présentaient de larges bandes pseudo-membraneuses sous l'arachnoïde, du pus dans les ventricules, et les organes qu'ils contiennent ramollis; du pus sous la base du cerveau et du cervelet, dans les fosses occipitales, dans le canal vertébral, et là en abondance, sur des trajets de plusieurs pouces, séparés ensuite par des portions intactes de moelle; fonte pultacée, en bouillie, de cette même moelle. Enfin, sur les cadavres des malades qui périssaient plus tard ou très-tard, je rencontrais tout l'intérieur des ventricules et la voûte à trois piliers qui les sépare, en détritus, désorganisés, pleins d'un pus aussi crémeux que celui du phlegmon arrivé à sa maturité : ce pus coulait même parfois au dehors, en arrière des cornes d'Ammon; il distendait dans d'autres cas la cavité digitale. Tout le dessous du cerveau était non moins baigné de matière purulente. Et la moelle! Il y avait des interruptions de sa substance, d'une grande étendue; elle y était remplacée par un peu de liquide jaunâtre; le reste avait été absorbé; même quelquefois, ce peu de liquide manquant, ses parois membraneuses étaient collées en quelque sorte. Assez souvent, bien au-dessus de la queue de cheval, la moelle avait

disparu, et cette queue aussi. Lorsque, dans ces immenses destructions de l'épine, je disséquais les gaines des cordons nerveux, je retrouvais ceux-ci ramollis à leur sommet, au point où leur rapport et leur continuité avec la moelle épinière avaient cessé par la liquéfaction de cet organe.

A la vue de si profonds désordres et de l'insuffisance du traitement, je me disais : Que faire, et où rencontrer un moyen assez prompt d'action et doué d'assez d'énergie pour prévenir, pour arrêter ces sidérations de l'arbre cérébro-spinal? Je demandais des lumières à mes collègues, je convoquais les chirurgiens militaires : partout des raisonnements sans portée, des recherches impuissantes. Je quittai enfin le service, ayant perdu environ trente sujets, n'en ayant vu qu'un seul se tirer d'embarras ; je parle des cas graves. Quant aux cas légers, il ne faut pas les mettre en ligne de compte.

L'année d'après, je me retrouve en face de cette même épidémie, qui, assoupie pendant six mois, venait brutalement de se réveiller, et avait emporté, sous mon prédécesseur, la plupart de ses malades, dans le mois de décembre. Il avait, lui aussi, vainement frappé à toutes les portes; je continuai de même, maudissant mon étoile, qui a toujours fait coïncider nos épidémies avec mes mois de service à l'hôpital. J'avais tant souffert pendant le choléra, de l'impuissance de l'art! Je souffrais plus encore. L'un enlevait, avec des sujets robustes, les valétudinaires, les vieillards, les enfants malsains, et il n'enlevait pas tous ceux qui étaient frappés ; l'autre ne s'en prenait qu'à des hommes de vingt à trente ans, frais, vigoureux, exempts de toute disposition maladive, qui mouraient avec toutes leurs chairs, et

tous, sans presque d'exception. Je battis longtemps l'ornière tracée, et c'était à frémir : j'en sortis enfin ; je dirai comment.

Voyons d'abord par quelles rudes épreuves il a fallu passer, et combien les méthodes présumées rationnelles ont échoué.

Cérébro-spinite : insuccès d'un traitement anti-phlogistique, réfrigérant, mais dirigé d'abord contre des symptômes d'irritation gastrique qui n'étaient que secondaires.

Un jeune fourrier entre à l'hôpital dans le mois de janvier 1841 : ses muscles sont saillants, ses épaules larges, sa stature est haute, sa chevelure noire. Il s'agite beaucoup, se découvre, se tourne en tous sens; il se sent mourir, il commence à délirer; et pourtant il n'est malade que de la veille. Sa peau a de la chaleur, son pouls quelque fréquence, mais sans élévation ; l'épigastre est douloureux ; il y a eu des vomissements porracés. On lui applique quarante sangsues à la région sus-ombilicale; on le met ensuite au bain; les piqûres fluent beaucoup; pour tisane, eau pure, froide. Une réaction assez vive semble se développer dans l'après-midi, et s'éteint dans la nuit; le cerveau s'embarrasse davantage ; le malade balance sans interruption sa tête sur l'oreiller ; il parle bas; il boit avec lenteur; plus tard sa nuque s'enraidit, ses yeux se cavent. On lui pratique trois saignées, de six en six heures; on ouvre ensuite la temporale ; la glace est appliquée et maintenue sur le cuir chevelu ; fomentations chaudes avec des scarifications aux gras de jambe. Le malade meurt le cinquième jour, en gémissant, rêvassant, toute la région

sous-occipitale et épinière douloureuse, immobile ; la langue d'ailleurs humide et l'épigastre abaissé.

L'arachnoïde était opaque, et son tissu cellulaire sous-jacent infiltré de pus ; le haut des hémisphères était encore gorgé de sang. Il y avait beaucoup de sérosité louche, lactescente, dans les ventricules latéraux ; un ramollissement avec altération de couleur dans le tiers inférieur de la pulpe cervicale, une désorganisation plus avancée de la queue de cheval. La muqueuse gastro-iléale était arborisée de sang noir.

Plusieurs cas analogues, traités de même, aboutissent au même résultat.

Je crus alors donner trop d'importance à l'état d'irritation gastrique qui se manifestait au début par quelques vomissements, par du hoquet. Je rapportais ces accidents, qui cessaient d'ordinaire fort vite, au dérangement du cerveau et de sa pondération nerveuse avec les premières voies ; j'y étais entraîné avec d'autant plus de raison, que je ne trouvais pas d'ulcères dans les intestins. Il n'y avait rien d'anormal, ou il n'y avait que de simples injections. Je résolus donc de ne plus commencer le traitement par des applications de sangsues à l'épigastre, et d'attaquer directement et tout de suite l'engorgement cérébro-spinal, sans m'arrêter aux vomissements, à la diarrhée, au météorisme sus-ombilical.

Cérébro-spinite : le traitement anti-phlogistique, le plus direct, est tout aussi infructueux.

Un soldat du 61e régiment est transporté à l'hôpital, la figure marbrée, les traits allongés, le nez pointu, aminci, la nuque renversée en arrière ; chassant aux mouches,

n'entendant, ne voyant, ni ne parlant, avec des gémissements et des plaintes inarticulées, rejetant par la bouche de l'écume et des gorgées de bile, la langue sèche, rouge, le ventre tendu; on le met au lit, on le réchauffe; la réaction commence bientôt, et, incontinent, la temporale est piquée. Le pouls s'élargit, le malade ouvre les yeux et regarde; il parle quelque peu, et ses paroles sont justes; glace sur la tête, petit lait émulsionné, tisane d'orge. Dans la nuit, l'insomnie le tourmente; il s'y joint un grand mal de tête avec des tiraillements, des crampes dans le dos et les membres, des nausées; le matin il est triste, il répond à peine; la face est rouge malgré l'affaissement des traits. La vigueur dont jouissait le malade, trois jours avant de s'aliter, étant considérable, on le saigne encore, à quatre reprises, avec abondance et coup sur coup; on lui applique des ventouses scarifiées le long du rachis. Il n'en meurt pas moins le sixième jour, connaissant jusqu'au dernier moment, mais étouffant, angoissé, avec des vomituritions, des spasmes de poitrine (le pneumo-gastrique ne fonctionnait plus), des raideurs douloureuses aux lombes, la figure faisant pitié d'expression de douleur, le nez s'étant tuméfié l'avant-veille de la mort, et jetant beaucoup d'humeur.

L'arachnoïde sur les côtés des hémisphères, à leur base, dans le cervelet, sur ses prolongements postérieurs, sur les éminences pyramidales et olivaires, présentait deux lignes d'épaisseur, couverte qu'elle était d'un pus grisâtre; concret, dont l'élément le plus aqueux avait déjà été résorbé. Le quart supérieur de la moëlle de l'épine était diffluent; le ganglion semi-lunaire paraissait plus rouge que d'habitude; l'estomac et l'iléon étaient injectés; l'aorte

était sillonnée de bandes rouges, la vessie distendue et avec des arborisations.

Une lingère de l'hôpital, âgée de dix-neuf ans, forte et fraîche, y fut saisie à cinq heures du soir d'étouffements, de maux de tête sur-aigus; l'interne la saigna. Le lendemain, je la trouvai avec une exaltation sans mesure de la sensibilité cutanée, avec le sentiment et l'horreur d'une mort inévitable et prochaine, les yeux humides et rouges, la figure écarlate, le cou, le dos et les reins douloureux, rétractés, et faisant bomber tout le devant du corps. Son âge, son embonpoint, son tempérament, sa fièvre, qui était vive, l'acuité de la céphalalgie, la moiteur de la peau poussaient invinciblement à la saignée; trois furent pratiquées dans le jour; la malade, qui n'en pâlit pas même, n'en fut point soulagée. Le lendemain matin, elle souffrait si cruellement dans la colonne vertébrale, que j'y fis appliquer 150 sangsues. On la mit ensuite au bain, où les piqûres fluèrent beaucoup, mais toujours sans atténuation de son endolorissement et de ses raideurs tétaniques. Elle expira le soir, désolée de mourir ainsi, la peau encore colorée et onctueuse, pourtant l'œil éteint, les mâchoires serrées, avec des tremblements dans les membres, en dépit de mes soins et au grand regret de l'assistance.

A la demande des religieuses de la maison, qui estimaient la piété de cette fille, je n'en ouvris pas le cadavre. Mon instruction n'avait rien à y gagner; qu'y aurais-je vu? Ce que déjà j'avais si souvent observé : il n'y avait pas à se méprendre sur des symptômes si caractéristiques.

Cette seconde épidémie fit irruption de l'hôpital dans la ville et au loin, et, continuant d'être méconnue dans son

génie intime, et dès-lors mal traitée, y occasionna des morts surprenantes.

Un ouvrier, jeune et robuste, se plaint brusquement de douleurs atroces à l'occiput; il tombe dans de tristes pressentiments et dans une grande agitation qui se trahit par un regard effaré, par le désordre de sa parole et de ses mouvements; il se jette en travers ou aux pieds de son lit par secousses convulsives; sa peau est chaude et médiocrement colorée, son pouls prend de la fréquence. On le saigne à plusieurs reprises, on lui scarifie la nuque et le dos, on lui applique des sangsues dans les narines, de la glace sur la tête; il meurt en soixante heures, toujours se lamentant et secouant la tête, la bouche remplie de phlegmes la respiration haute et rare, abattu au-delà de tout ce qu'on pouvait craindre, et laissant le regret de l'avoir tant phlébotomisé, quoique en temps ordinaire ce n'eût pas été de trop.

Un cultivateur, plus robuste encore, gras, sanguin, âgé de trente-trois ans, est atteint, dans la matinée, de douleurs dans le dos, de raideur dans les membres; il a le pouls petit, obscur et accéléré, il se sent des frissons et de la soif. On le saigne, on lui applique des sangsues, et un large cataplasme qui va de la nuque aux lombes, moins à cause de l'intensité des symptômes, qu'à cause de sa bonne constitution. Le lendemain, son œil est voilé et larmoyant, son cou est tiré en arrière, sa figure presque livide; il respire avec peine, l'air lui manque; il ne peut avaler, ni remuer le bras et la jambe gauche : on lui ouvre les saphènes, on scarifie les cuisses; on le met au bain, où il passe plusieurs heures, avec des fomentations froides sur la tête. Le soir, il ne cesse de défaillir, de lutter par des

Le troisième jour, les douleurs de tête augmentent, elles se propagent aux reins et aux hypochondres, le corps se décolore et s'enraidit; lavements émollients, huileux, bains avec affusions, glace à prendre par petits fragments, trente sangsues aux malléoles, cataplasmes saupoudrés d'euphorbe aux coudes, frictions avec l'alcool de quinquina. Les jours d'après, la tête devient encore plus alourdie, il y a de la somnolence avec des rêvasseries; saignée de la temporale, glace sur le sinciput, même pendant le bain, vésicatoires aux jambes et aux bras. Les cornées se flétrissent et s'ulcèrent, les traits pendent, le cou se retire en arrière et s'incline à droite; le coucher sur le dos, que le malade ne peut changer, le torture et lui arrache de petits cris sans interruption : puis, de grandes angoisses avec asphyxie lente, avec la suppression du pouls, qui précèdent la mort, laquelle a lieu le septième jour.

Pus compact, pseudo-membraneux, déjà gris sur toute la face plane du cerveau et de ses annexes; fonte purulente de la moëlle dorsale dans une étendue de six travers de doigt. La moëlle était là interrompue et ne présentait qu'un fluide. La muqueuse pylorique et duodénale paraissait épaissie, et en voie de ramollissement.

Un autre soldat, du même régiment, est apporté à l'hôpital, sourd, froid, insensible, le pouls obscur, la vessie gonflée, les déjections involontaires, rêvassant et se tordant en tout sens. On le réchauffe avec des linges brûlants, des couvertures de laine, des sinapismes et de l'infusion de violettes. Il ne peut sortir de sa stupeur, pendant laquelle la figure ne cesse de se déformer douloureusement, il avale avec peine; vésicatoires aux jambes. Après trente-six heures, le teint et le pouls se relèvent; on ouvre la

temporale. Cette piqûre ayant peu donné, on saigne à quatre reprises, et ce malade étant très-vigoureux, on applique en outre un grand nombre de sangsues le long des jugulaires : car il se frappe le front, il se plaint de bourdonnement dans les oreilles. On continue en même temps d'agir sur la peau à l'aide des bains chauds, de la moutarde, des frictions avec la teinture de cantharides, sans qu'il s'ensuive une bonne et franche réaction. Si le pouls remonte, c'est pour s'abaisser de nouveau; tantôt le malade est pâle, tantôt coloré, inquiet quand il n'est pas dans la somnolence, la nuque et les reins endoloris, les cornées ternes, les paupières chassieuses et rougeâtres. Il est pris enfin de longs gémissements; il ne peut plus rester couché sur le dos tellement il en souffre; on lui cautérise, par applications successives du marteau élevé à quatre-vingts degrés de chaleur, la nuque et la région rachidienne. Ces applications durent toute la nuit; le lendemain matin, la peau ayant rougi et s'étant très-enflammée dans cette immense étendue, mais sans profit pour les douleurs intérieures, il n'y a donc qu'une grande souffrance de plus. Le malade s'éteint le jour d'après, n'ayant pas pu se remettre sur le dos, angoissé et se lamentant, la figure plombée, les yeux amincis et paraissant se fondre.

Pus fluide, dans les trois premiers ventricules convertis en un vaste abcès, adhérent à la base du cerveau et de ses dépendances, destruction de la moëlle épinière au cou et au bas du dos.

J'employai une autre fois ce genre véhément et douloureux de cautérisation; je recourus aux moxas, je sillonnai avec un fer rouge la tête, la nuque, même la plante des pieds; l'insuccès me fit abandonner ces horri-

bles et barbares méthodes, tolérables seulement si le malade se tire d'embarras. Force fut de chercher ailleurs, et on verra plus tard, à l'aide d'une grande action médicamenteuse, de simples vésicatoires sur le front, aux tempes, à la nuque, suffire.

L'ouverture des cadavres me montrait que les voies digestives étaient peu affectées ou ne l'étaient pas ; j'en augurai qu'elles se prêteraient facilement à la révulsion, que celle-ci serait puissante et inoffensive. La saison d'ailleurs secondait le développement d'une gastricité, du catarrhe gastro-intestinal ; l'air était humide, le temps pluvieux, la ville avait été submergée ; les malades étaient pour la plupart froids, blêmes, avec une réaction faible, qui avortait, presque douteuse. En conséquence, j'en vins à la vieille méthode des purgatifs par jours alternatifs, méthode actuellement rafraîchie et remise en un crédit, au demeurant assez variable ; même fatalité, même insuccès. Ecoutez :

Cérébro-spinite : insuffisance du traitement par les purgatifs répétés.

Un sergent de voltigeurs est conduit à l'hôpital, triste et affaibli depuis la veille, la figure jaune et froide, la tête fatiguée, les yeux enfoncés, et humides de larmes que lui arrache une douleur rongeante dans la nuque qu'il ne peut tourner. Il n'urine pas, il frissonne ; il a des vomituritions, des aigreurs, la langue blanche, chargée, limoneuse, mais l'épigastre peu tendu : infusion de chicorée, avec cinq centigrammes de tartre stibié, et soixante grammes de sel de Glauber ; le ventre s'ouvre sans tranchées et considérablement. L'immobilité du cou, qui est fatale-

ment entraîné en arrière, augmente, et le larynx fait saillie en avant. Le lendemain, casse et séné en lavements, qui évacuent encore, sans toutefois atténuer le sentiment interne d'un malaise profond et de l'endolorissement qui s'empare de toute l'épine. Réitération de cet émétocathartique; déjections bilieuses écumantes; retirement du ventre sur la colonne vertébrale, et suppression presque totale de l'urine. La température de la peau reste d'ailleurs très abaissée, et l'appareil de la circulation ne réagit pas; on le dirait frappé de stupeur, de paralysie. Il en est de même du poumon; la respiration devient haute et rare, l'inspiration incomplète et lente: espèce d'asphyxie qui s'organise. Le cinquième jour, manne et huile de ricin, puis huile de croton-tiglion. La figure s'impressionne profondément de terreur, la voix faiblit et ne fait plus qu'une longue plainte; le malade est dans son lit, placé tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre, racorni et tout d'une pièce, la colonne vertébrale presque en arc de cercle, avec des sigillations livides sur le tronc, et le nez fluant. Il meurt froid comme un marbre le dixième jour, et déjà dans un état d'exténuation squelettique.

Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était infiltré d'un pus épais, qui avait gagné jusqu'au réseau de la pie-mère, dans les anfractuosités du pourtour et de la base du cerveau. Les ventricules étaient remplis d'une sérosité louche; la moelle de l'épine, diffluente dans la région cervicale, s'était fondue en une bouillie verdâtre, au bas du dos, et avait disparu vers la queue de cheval.

D'autres fois, je commençais par l'émétique ou par l'ipécacuanha.

Cérébro-spinite : Prompt et funeste effet du vomitif.

Je trouvai à ma visite une fille de douze ans qui avait vomi des matières porracées, qui avait la langue limoneuse et la bouche remplie de phlegmes, qui se plaignait beaucoup de pesanteur de tête et des reins, avec les yeux obscurcis, la peau d'une chaleur assez âcre, le pouls petit et fréquent. L'interne lui avait donné la veille un calmant qui n'avait pas diminué ses angoisses, ni son insomnie. Le ventre était souple et indolore, l'état saburral saillant, la matière mobile; je conjecturai qu'un vomitif, qui secouerait les humeurs et ébranlerait les organes, enrayerait cette disposition à la spino-céphalite. Je le préférai à une purgation, dont le mode d'agir, quoique plus lent, inquiète davantage, et est moins retentissant. A dix heures, six décigrammes d'ipécacuanha furent administrés à la malade; on la gorgea d'eau tiède, malgré le mal des mâchoires, elle vomit beaucoup et facilement. Après onze heures, elle se décolora, se couvrit d'une sueur glaciale, perdit ses sens, et s'éteignit à midi, sous les sinapismes dont mon interne la couvrait.

J'ouvris le cadavre, j'interrogeai tous les tissus; de grandes traces de lésion, nulle part. L'arbre nerveux n'avait donc encore souffert que dans son mécanisme le plus intime. Les intestins grêles étaient assez rouges, mais sans épaississement, sans altération de structure, résultat probable de l'afflux du sang, déterminé par le vomitif.

La mort dut arriver sous le coup d'une entière et rapide concentration du sang sur l'appareil gastro-intestinal, et d'une insuffisance momentanée de ce stimulus dans l'appareil cérébro-spinal. Voilà la supposition, l'hypothèse; quant

au fait, il était écrasant. La mort, que la gravité et la nature de l'épidémie pouvaient faire présager, provenait sans nul doute du remède.

J'insistais sur les sels neutres, l'eau de Sedlitz à dose purgative, sur les drastiques, sur le tartre stibié à la manière de Rasori, sans que vomissements ni diarrhée en augmentassent. C'est que ces perturbations gastro-intestinales, spontanées, par lesquelles éclatait souvent la maladie, ne dépendaient pas d'un malaise direct, d'une phlogose subaiguë locale, d'un arrêt de saburres, mais émanaient du dérangement de l'action nerveuse, de la grande souffrance de l'encéphale, de l'épine et des nerfs qui en partent pour se distribuer au tri-splanchnique, à l'estomac, au duodénum, et aux ganglions abdominaux.

Je poussais le calomel à des doses énormes qui étaient suivies de ptyalisme, et d'un scorbut auquel les malades étaient d'ailleurs disposés.

Cérébro-spinite : Inutilité du calomel, même à doses très-élevées.

Un des hommes les plus robustes de la garnison est apporté se mourant, pâle, les yeux enfoncés et le cou enraidi ; on l'avait médiocrement saigné à la caserne ; il n'était alité que de la veille. De grandes angoisses d'estomac, avec des nausées et le hoquet se joignaient à son mal de tête. Par moments il perdait connaissance et tombait dans des convulsions, vomissant alors des matières verdâtres et allant en diarrhée ; puis il revenait à lui, anéanti, glacé, avec le pouls misérable. Je fis du calomel la base principale du traitement. Il en prenait un ou deux grammes dans les vingt-quatre heures, et il atteignit en dix jours la dose de quatorze grammes. Les gencives s'étaient ulcérées, une sa-

ces diarrhées qui énervent si vite, comme dans les fièvres putrides, et qui forcent à suspendre le quinquina; mais le mal des mâchoires, l'assoupissement, les convulsions, la raideur du cou et des lombes n'en étaient point atténués, et les malades succombaient, les uns promptement, les autres plus tard; tous d'une manière misérable et avec d'horribles angoisses. Et cependant ils prenaient des potions avec le sulfate de quinine et l'extrait de polygala, avec la teinture de musc, d'ambre, de castoréum, chaque jour des décoctions de seize à vingt grammes de quinquina ou de serpentaire, acidulées, la limonade minérale, de l'eau vineuse, de la bière, du café, des juleps avec l'éther, le vin d'opium, l'esprit de Mindérérus; que sais-je encore? Car, hélas! que n'essayai-je pas? que ne déterraient pas mes confrères? Et toujours, après tant de tentatives, la mort.

Voici un exemple de cet insuccès profond de la méthode excitante, pris entre beaucoup d'autres.

Cérébro-Spinite : impuissance des toniques.

Un fusilier du 61e est apporté à l'hôpital de grand matin, privé de ses sens, dans un état général de raideur et de spasmes convulsifs, froid, et ayant la face d'un moribond. Il rejette par la bouche des gorgées de bile, il a la langue épaisse, il lâche sous lui sans le sentir. On a grande peine à le réchauffer avec la bassinoire, avec des cataplasmes de moutarde; on lui fait avaler de temps à autre, en lui serrant les narines, quelques cuillerées d'un julep avec l'eau de menthe, l'elixir de Haller, l'extrait de genièvre et de quinquina. Sa respiration est rare et faible, son pouls très-petit. Ses forces se relèvent un peu dans l'après midi, et la sensibilité semble renaître. Il boit à plus longs traits;

on lui donne de l'eau de salep, aiguisée avec du café.

Les jours qui suivent, ses muscles paraissent s raidir plus douloureusement encore; il se lamente quand il remue; sans être froid il ne reprend point sa chaleur naturelle; il boit avec effort, il n'urine pas, et il faut le sonder matin et soir; sa figure toute morne est grandement décolorée; ses yeux s'enfoncent et leurs pupilles se dilatent; il souffre dans le cou et le derrière de la tête; par moments il s'assoupit et rêvasse. L'eau vineuse, la décoction de quinquina, de l'écorce de winter, des lavements camphrés, l'acétate d'ammoniaque, le musc, le bouillon lui sont tour-à-tour ou simultanément administrés, et ne peuvent réchauffer ce corps où manque la vivification nerveuse, où se dégradent de plus en plus les fonctions des sens. La peau se couvre ensuite de taches livides et d'escharres, les gencives d'une exsudation fétide et sanguinolente, les cornées de chassie et d'ulcères; le nez s'enfle et coule. Le dix-septième jour, le malade cesse de vivre, racorni et branlant sa tête avec inquiétude, malgré la raideur de son cou et l'immobilité du tronc, malgré son immense abattement.

Toute la base du cerveau et du cervelet, la protubérance annulaire, la queue de la moëlle allongée, étaient encroûtées d'un pus compacte épais, vert; la moëlle cervicale en détritus.

Rien assurément n'avait altéré l'énergique simplicité de la méthode excitante toute nue.

Combinée avec les autres, son impuissance avait tout autant éclaté.

Cérébro-Spinite : l'application successive des émissions sanguines, des réfrigérants, des purgatifs, des révulsions sur la peau, des toniques, ne peut la guérir.

Joseph Guillaud, du 12e de ligne, sanguin, fortement constitué, arrive à l'hôpital le 1er janvier, saigné de la veille, cruellement angoissé, avec les membres froids, le pouls petit, concentré et fréquent, accusant de vives douleurs de tête et d'estomac, la langue couverte d'un enduit blanc, sec sur les bords : on promène des sinapismes sur les coudes, les genoux, à la plante des pieds ; on donne de la limonade.

Le 18, la peau a repris de la chaleur, l'artère de l'élévation ; je veux faire ouvrir la saphène, le malade s'y refuse ; quarante sangsues aux malléoles : leurs piqûres fluent beaucoup.

De l'abattement s'ensuit le 19 : la langue est très-sale ; soixante-quinze grammes d'huile de ricin. Sur le soir, on réapplique des sinapismes. Dans la nuit, une réaction brusque surgit et le mal de tête redouble ; il s'y joint de la rougeur aux pommettes et une excessive rigidité des muscles du cou.

Le 20, on tire du sang par la temporale, on applique deux ventouses scarifiées et un cataplasme à la nuque ; on continuait la limonade, on y associe l'eau de gomme.

Le 21, de nouvelles ventouses sont posées au-dessous des précédentes.

Le 22, le malade commence à pleurer, à balancer sa tête, à la frapper de sa main ; elle se renverse violemment sur les épaules ; bouillon de veau avec soixante grammes de sel d'epsom.

Le 23, urines par regorgement et ballonnement de l'hypogastre ; on place une sonde. Le malade rêve, prend la figure longue et triste, les yeux hagards; ses pupilles s'élargissent : glace sur la tête.

Le 24, vésicatoire aux gras de jambes, friction avec la teinture d'arnica, embrocations camphrées. Le 25, des déjections jaunes, puantes, séreuses, surviennent, qui affaiblissent ce malade que ses maux de tête ont déjà miné. Lavements avec l'eau de camomille et le sulfate d'alumine ; eau de riz vineuse.

Le 26, plaques violettes sur les fesses qui font craindre la gangrène ; on les recouvre de sparadrap ; le coucher qui avait lieu sur le côté droit, devient irrévocablement dorsal.

Le 27, décoction de quinquina et de valériane, sirop de coings et eau de fleurs d'oranger, bouillon et limonade vineuse.

Le 28, on renonce à la glace, et la décoction tonique est administrée deux fois dans le jour ; on y ajoute quatre décigrammes de musc et le suc entier d'un citron.

Le 29, les cornées se ternissent, les traits tombent, des rêvasseries plaintives, qu'interrompent parfois de petits cris hydrencéphaliques, absorbent le malade, qui pourtant ne déraisonne pas ; vésicatoire sur le sinciput.

Du 30 janvier au 17 février, jour de la mort, on donne du lait et des purées, on insiste sur ces toniques ou leurs analogues; car les fesses et les trochanters se couvrent d'escharres; puis il s'en forme une derrière l'oreille gauche, et plus tard l'hélix de l'oreille droite se mortifie.

La toile arachnoïdienne était opaque et jaunie par le pus ; les ventricules latéraux étaient remplis d'une sérosité

louche ; la partie postérieure du corps calleux et de la voûte à trois piliers et la mo ëlle épinière étaient ramollis, diffluents ; la queue de cheval avait été détruite et résorbée.

Le cachet spasmodique qui avait paru et persisté dans plusieurs de ces maladies, m'avait fait recourir assez souvent au laudanum liquide et à d'autres préparations opiacées. J'y attachais peu d'importance; j'étais étonné pourtant de voir qu'elles ne provoquaient pas de narcotisme, mais diminuaient au contraire la somnolence. Leur emploi, pendant quelques jours, semblait être un temps d'arrêt, relativement aux convulsions et aux progrès des symptômes les plus graves, qui empiraient ensuite ; et l'impuissance de ces remèdes me semblait toute naturelle, quand c'était l'insuffisance de leur dose, qu'il aurait fallu accuser. Un fait enfin me mit franchement sur la voie.

Cérébro-Spinite : guérison par l'opium, qui se montre le seul médicament approprié à la nature de l'épidémie.

Une petite fille de M. Calvet, grasse, forte, sanguine, intelligente, est prise de vomissements verts, avec grand mal de tête et des yeux. Sa figure s'injecte d'une teinte brune, qui indique la stase du sang dans les capillaires ; le lendemain, cette enfant est toute raide, crie lorsqu'on la retourne sur son lit, et son cou violemment renversé en arrière fait saillir le larynx et la trachée. Cette raideur se maintient et se convertit en une immobilité si douloureuse, qu'on ne saurait la regarder comme musculaire et la confondre avec un torticolis. Ses vomissements s'arrêtent; toutefois le corps se refroidit, et l'injection passive augmente. Le surlendemain, la malade a perdu sa vivacité,

elle avale difficilement, reste assoupie, ne parle plus, mais elle conserve toute son intelligence. La fièvre se déclare ensuite, irrégulière, avec des paroxysmes inégaux, quant à l'heure, la forme, la durée. Des sangsues aux malléoles, des doses modérées de calomel, des infusions béchiques, des délayants, n'atténuent aucun de ces symptômes. Puis, la persistance du renversement du cou, des douleurs vertébrales, l'accroissement de l'insensibilité, la défécation involontaire, les urines par regorgement, l'amaigrissement qui se fait vite, des spasmes cloniques instantanés dans les membres, dans les lèvres, me font recourir aux vésicatoires entre les épaules, à de petites doses d'extrait d'aconit, à des potions avec le laudanum liquide, que je remplace ensuite par l'extrait thébaïque lui-même, lequel réveille la malade au lieu de l'assoupir davantage, et me paraît diminuer peu à peu la rétraction et l'endurcissement de la nuque. Les paroxysmes ne cessant point, j'associe à ce médicament le sulfate de quinine, plus tard l'extrait de quinquina, la teinture de musc; et enfin en deux mois, à l'aide du lait, du bouillon, de l'eau vineuse, et de ces moyens combinés, de l'opium surtout dont elle consomme une assez grande quantité, relativement à son âge, cette petite malade revint à la vie. Lorsqu'elle commença à marcher, elle avait peine à garder l'équibre, tellement son cou et son torse étaient encore entraînés en arrière; les jambes étaient décharnées.

Les réflexions venaient en foule :

L'opium n'avait pas accru la somnolence; il avait vivement éveillé l'enfant;

Il n'avait point enchaîné les mouvements de la vie;

Il n'avait point poussé à l'asphyxie lente;

Il n'avait point accru l'engorgement cérébral, ni aggravé les symptômes qui en émanaient le plus directement;

Il avait été pendant très-longtemps et bravement supporté;

A lui semblait appartenir l'honneur de la cure, puisque dans tant d'autres cas identiques, les mêmes médicaments, moins l'opium, n'avaient point prévenu la désorganisation du cerveau et la mort;

C'était à y penser.

Je me rappelais très-bien alors ce que j'indiquais tout à l'heure, c'est-à-dire, que dans beaucoup d'occurences, les juleps laudanisés avaient, pendant plusieurs jours, manifestement suspendu ou atténué les spasmes, la stupeur, la chute des forces; qu'ils avaient excité la diaphorèse et converti la somnolence en sommeil; ce qui avait donné des heures de réveil net et bien décidé. Or, de là à un plus large emploi de l'opium, c'était le pas à faire: ne l'avais-je pas fait? n'allait-on pas au-delà dans le traitement du tétanos; et cette cérébro-spinite étant tout aussi foudroyante et de nature analogue, ce que j'avais tenté, ce que je devais poursuivre, ne se trouvait-il pas en quelque sorte consacré?

La cuisinière d'un pâtissier, femme laborieuse, rouge de figure, maigre, grêle, et de médiocre constitution, âgée de trente-trois ans, est saisie de douleurs de tête vives, à en devenir folle, lesquelles se propagent tout le long de l'épine, et rendent les membres douloureux et difficiles à mouvoir. Ses yeux deviennent rouges, mais ternes en même temps; l'insomnie qui avait précédé, s'allie au délire; on la transporte à l'hôpital. Une saignée, une application de sangsues, un purgatif avaient été administrés

plutôt au détriment de la malade qu'à son bien. Elle ne connaît pas, elle est dans la stupeur, elle en sort pour pousser des cris aigus ; si des intervalles lucides apparaissent, elle les passe à se plaindre de la tête et de la nuque. Comme le renversement en arrière du haut de l'épine lui rend pénible le coucher sur le dos, elle se tient instinctivement tantôt à plat-ventre, tantôt sur les côtés, accroupie alors. L'opium est administré, et poussé promptement à la dose de trois, de quatre décigrammes dans les 24 heures, dissous dans un julep ; car le délire, l'opisthotonos, la couleur sanglante des conjonctives, la fixité des yeux, la chassie des bords libres des paupières, la décomposition des traits, l'étouffement, la fréquence et la pauvreté du pouls, le froid de la peau ne cessent d'augmenter. Ensuite comme la tête se perd entièrement, ce qui me fait présumer la coexistence d'une inflammation du haut de l'encéphale avec celle des ventricules et de la base, je viens en aide à l'opium par un ample vésicatoire sur le front et le cuir chevelu. Petit à petit, la maladie paraît se calmer et le pouls acquérir quelque élévation. J'insiste sur ce remède que l'insuccès des premiers soins rendait plus précieux ; le vésicatoire suppure en même temps. La malade parle enfin et me reconnaît ; puis, par moments, délire vague, non bruyant, qui cesse à une forte interpellation. Pendant plusieurs semaines, elle ne voulut pas prendre d'autre position que celle du coucher sur le ventre, soutenant la tête alternativement sur l'une et l'autre main, ou le menton sur deux carreaux. Une immense escharre qui s'étendait des lombes au sacrum rendit sa convalescence très-longue. Je lui fis prendre en dernier lieu beaucoup de quinquina en extrait et en décoction, du

camphre, du café, du chocolat, de l'eau vineuse, pour la prémunir contre la résorption purulente; plus tard, du lait d'ânesse. A plusieurs reprises, je suspendis l'opium, mais il importait vite de le donner de rechef : la stupeur, la lividité de la face, de la déraison, des cris, des larmes, des tremblements de la langue, l'abaissement du pouls m'y contraignaient. Ce remède fut continué pendant deux mois environ, à doses variées, toujours assez hautes, avec des interruptions plus ou moins brèves, en raison du plus ou moins de promptitude que mettaient à se reproduire les accidents nerveux. La malade ne sortit de l'hôpital qu'à la fin de juin.

Une des infirmières qui la soignait, âgée de trente ans et très-robuste, se prend aussi de fréquence au pouls, d'oppression, de terreur, d'injection des yeux, de céphalalgie atroce, et qui lui arrache des larmes de douleurs, dans la nuque et le dos, avec rétraction de ces parties. Elle crie par moments; elle ne peut presque pas avaler, elle se crispe si on la touche, tellement la sensibilité de la peau est excitée. Je n'hésite pas, et au lieu de prescrire comme naguère, d'inutiles saignées, moi qui les ai vues depuis tant d'années si puissantes, si héroïques, qui les ai pratiquées avec un rare bonheur et plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, je me décide sur-le-champ pour une potion avec cinq décigrammes d'extrait d'opium. Le soir, la figure est moins grippée, la moiteur abonde; la malade qui laisse à peine tomber quelques mots, qui a la voix cassée, est moins poursuivie de sinistres pressentiments; elle ne dort pas : autre potion avec vingt-cinq centigrammes de ce médicament, achevée à quatre heures du matin. A neuf, elle remuait sans trop en souffrir, le tronc et la nuque, qui,

la veille, étaient si raides, si durs, si immobiles ; elle avalait par gorgées et sans autant de spasme ; elle se lamentait moins de la tête. L'opium ne l'ayant point assoupie, quoiqu'elle en eût pris quinze grains ou soixante et quinze centigrammes en seize heures, fut continué, les jours d'après, à la dose de deux, puis d'un décigramme. Le cou reprit sa souplesse assez tôt, les yeux dérougirent, le nez se détuméfia, et ses ailes se rapprochèrent ; mais la voix resta cassée, et la figure avec une grande et douloureuse expression d'abattement pendant une quinzaine de jours. La onzième, angoisse et crampes d'estomac qui se dissipèrent par des frictions avec l'eau distillée de laurier-cerise, par des cataplasmes de farine de graine de lin, des pédiluves avec de la moutarde et deux juleps avec la teinture de musc.

Roy, du 61e régiment, vigoureux, rouge, se plaint de la tête, et tousse. Comme il est très-sanguinisant, quoique seulement indisposé de la veille, je crains l'épidémie régnante, et ne prescris qu'un bain de pied et l'infusion de violettes. Le lendemain, sa nuque est déjà douloureuse et gonflée, raide et renversée en arrière ; il y éprouve un malaise sourd, vague, profond, inquiétant ; il en pleure, quoique dur à lui-même ; trois décigrammes d'opium. Je pousse ce médicament à des doses plus élevées les jours qui suivent ; car l'insomnie, la chaleur des paupières et l'abattement des yeux, le désespoir de la physionomie, la surdité, de vains et incessants efforts pour se retourner dans son lit rendent cette augmentation nécessaire. Le huitième jour commence un peu de sommeil ; il y eut plus de facilité à parler, à ouïr, à se mouvoir ; la défécation se fit, les urines coulèrent ; mais les yeux restant ternes, chassieux, avec des ulcères aux cornées, le remède

fut poursuivi, toutefois en moindre quantité. Un bouillon, de la bière, de l'eau vineuse remplacèrent l'eau pure et le petit lait. Plusieurs fois, par la suite, je cessais tout-à-fait l'opium : les gencives devenaient plus noires, plus fongueuses, les exhalaisons de la bouche plus puantes. L'œil droit se remplit de pus, et j'en augurais la fonte lorsque vers la mi-février la résorption de cet hypopion se fit avec assez de promptitude. L'œil redevint brillant comme l'autre, mais très-amoindri, avec l'iris adhérent et clos. Ce malade séjourna à l'hôpital soixante-trois jours.

Si jamais homme fut, par caractère, par tempérament, par âge, par excès de vigueur musculaire, dans le cas d'être phlebotomisé à outrance, c'était celui-là, tant il est vrai que les constitutions épidémiques graves bouleversent toutes nos théories reçues, les plus rationnelles en tête, et qu'une maladie qui se manifeste sous ces influences redoutables brave des méthodes de traitement, toujours convenables dans des temps ordinaires.

Madame Alterac, religieuse à l'hôpital, âgée de 28 ans, grasse et fraîche, se portant bien le matin, est atteinte à midi de vomituritions verdâtres, et d'un soudain mal de tête qui lui arrache des cris. La douleur et la rétraction du cou s'y joignent bientôt, puis celle des lombes; le soir à cinq heures, elle avait déjà pris trois décigrammes d'opium dans un julep que l'interne lui avait préparé, et je la trouve encore cruellement angoissée, presque sur son séant, la tête renversée sur des carreaux, contre lesquels semblait se railir la colonne vertébrale ; peu de fièvre, des rougeurs livides sur la figure, comme par asphyxie. Réitération du même julep opiacé ; insomnie ardente, pressentiment de mort, œil terne, respiration lente et haute, agitations dans

les membres et brisement dans le dos qui continuent ; et toujours cardialgie, spasmes d'entrailles, déjections séreuses. J'insiste sur l'opium, je fais ajouter des fomentations huileuses, émollientes, des ventouses sèches sur l'abdomen, des lavements de pariétaire et de pavots. Ces accidents se calment petit à petit. Quant à la tension de la nuque et à la douleur déchirante de l'encéphale, il n'y restait plus, le quatrième jour, que de la pesanteur et qu'un peu de vague dans les idées. En soixante-dix heures, la malade avait consommé dix décigrammes d'opium ; elle ne le prit plus ensuite qu'à faibles doses et ne tarda pas à s'en passer.

Après sa guérison, on amena une fille de douze ans, qu'on avait vainement traitée depuis huit jours par la saignée et les sangsues. Elle se mourait, déjà profondément amaigrie ; ses talons touchaient aux fesses, sa tête renversée en arrière se trouvait sur la même ligne que les talons, et sa colonne épinière se tordait en arc de cercle. Les yeux demi fermés, cette enfant criait au moindre attouchement, ou si on s'appuyait sur son lit ; elle criait encore constamment sans cela, se désolant à appeler sa mère. Puis interrogée, elle répondait avec ennui, *ah ! de ma tête, ah ! de mes reins* ; tirant la langue, ne déraisonnant pas d'ailleurs, faisant effort pour vous regarder, et souvent le chef presque pendant hors du lit, de telle sorte qu'elle paraissait près de tomber. L'opium fut le seul remède auquel j'eus recours, elle en prenait deux, trois ou quatre décigrammes dans les vingt-quatre heures : on la nourrissait avec du bouillon froid et de l'eau d'orge sucrée ; elle n'aimait pas le lait. Deux ou trois vésicatoires furent appliqués et maintenus suppurants sur la région rachidienne. Plusieurs fois,

cette malade parut tomber en agonie, s'affaissant, le pouls filiforme, les yeux éteints, respirant à peine; l'opium la relevait un peu : elle en consomma pendant trois semaines et guérit.

Le médicament que j'ai le plus utilement associé à l'opium a été le sulfate de quinine. Souvent cette combinaison était motivée sur des tendances paroxystiques de la maladie, quelquefois en dehors de ces tendances, par le seul fait du manque de réaction, de l'insuffisance de la chaleur vitale, de la petitesse et de l'abaissement du pouls, de la décoloration de la peau, de l'asphyxie par défaut de ton.

Caractère paroxystique de la cérébro-spinite, association du quinquina à l'opium.

Un fourrier du 12e régiment est porté à l'hôpital, se plaignant de la tête et du dos, avec les membres brisés et endoloris. Il rêvasse sur le soir, et sa peau, dont la chaleur était peu marquée, se refroidit davantage; pouls mol, petit et compressible. La nuit se passe assez paisiblement. Le lendemain, sueur, face grippée, œil inquiet, paupières rouges et chassieuses, déchirement dans la nuque et les reins: après quelques frissons obscurs qui surviennent dans l'après-midi, le pouls s'élève et s'accélère un peu; ce qui se reproduit, les jours suivants, avec plus d'intensité, malgré du petit-lait, de l'orangeade, des cataplasmes et des lavements, malgré des doses quotidiennes d'opium. Le sixième jour, ce malade se prend brusquement à hurler, à se lever, à vouloir courir dans la salle; mais la tête tirée en arrière, le dos enraidi, les jambes affaiblies et douloureusement : il se laisse choir. On le fixe dans son lit, il y

tempête, il grimace d'une manière hideuse, les yeux hagards, injectés, immobiles et retirés dans l'orbite; on lui applique aux jambes des sinapismes qui les ulcèrent; on lui douche la figure et le front avec de l'eau froide, on le met dans un bain. Tout cela ne suffit pas à le calmer, lorsque je joins un gramme de sulfate de quinine aux deux décigrammes d'opium qu'il prenait dans la journée. Le lendemain, il est plus tranquille, malgré une nuit orageuse; le remède est réitéré; la forme paroxystique cesse, puis les douleurs du cerveau et de la moelle se dissipent à leur tour. Il n'y survit qu'une immense faiblesse, que de la stupidité dans le regard et dans la pensée, que de la lenteur dans la parole, que je corrige petit à petit par des potions toniques, l'extrait de quinquina, le musc, par l'insistance sur l'opium, par l'eau d'orge vineuse et par une bonne alimentation.

Un de ses camarades le suit bientôt à l'hôpital, frissonnant, froid, dans le délire, criant, riant, pleurant, se tordant les bras, soulevant sa poitrine en haut et en avant avec une incurvation relative et très grande, par conséquent, de la nuque et du dos en arrière, l'œil effaré, ouvrant démesurément la bouche, et quelquefois la rapetissant et la poussant en avant, en forme de tuyau très-étroit, le pouls d'ailleurs faible, presque misérable, la peau décolorée. Il souffrait de la tête depuis quelques jours, il était triste, taciturne; il avait eu des accès dans l'automne, et ces accidents prenaient plus de violence tous les soirs. Un gramme de sulfate de quinine et trois décigrammes d'opium dissous dans un julep sont incontinent donnés devant moi et réitérés l'après-midi avec un plein succès; car le délire et les spasmes de la face s'affaiblirent, le malade but, prononça quelques pa-

roles raisonnables; sa peau se réchauffa, se couvrit de moiteur, la rétraction du cou et de l'épine diminuèrent. Le lendemain, même potion, et le jour d'après une demi-dose : en tout trois grammes et demi de sel fébrifuge et dix à onze décigrammes d'opium. Le cinquième jour, purées au bouillon; convalescence prompte : les symptômes avaient paru mortels.

Affaiblissement profond et radical des forces; association du quinquina à l'opium.

On apporte à l'hôpital un porte-faix, frappé de la veille, de douleurs sur-aiguës dans la tête, de crampes dans le dos, d'un retirement de la nuque, tel que l'occiput était renversé sur les omoplates. Il était pâle, il avait les yeux ternes, les paupières gonflées et rouges, la peau jaune et froide, le pouls peu fréquent et sans consistance, il urinait peu, et avait un peu de diarrhée : deux ou trois vomissements verts avaient précédé. L'opium lui fut tout de suite administré, trois à quatre décigrammes dans les 24 heures, et continué pendant plusieurs jours avec diminution graduée et enfin très manifeste du mal de tête, de l'intumescence des yeux, de la fixité du regard, de la peur de mourir, du renversement du cou, de la raideur du corps, si grande que ce malade ne pouvait rester couché que sur le ventre, le menton posé sur son oreiller. Mais la pâleur et la réfrigération de la peau, l'exiguité du pouls ne passant point, je recourus alors à de fortes doses de sulfate de quinine, combinées avec ce même opium, puis à la résine de quinquina, à l'eau vineuse, au café, aux eaux spiritueuses avec l'élixir de Mynsicht. Sous cette influence, le pouls prit enfin de l'ampleur; la peau, la physionomie et la

volonté s'avivèrent, les lividités des coudes, des trochanters se résorbèrent, l'enduit fétide et fuligineux des dents, des gencives et des lèvres qui avait paru presque dès le début, s'évanouit, et la dégénérescence septique qui aurait emporté le malade, s'arrêta.

Cet appareil de faiblesse contrariait si peu l'opium et s'en accommodait au contraire si bien, que sans ce médicament les toniques n'auraient point réussi. Qu'on se rappelle ce qui a précédé, et qu'on réfléchisse à une expérience si cruellement acquise.

Je préfère, dès que je m'y décide, le sulfate de quinine aux autres préparations de quinquina, comme plus soluble et plus vite absorbé, comme sous un très mince volume jouissant d'une grande vertu, comme répugnant le moins aux malades.

On transporte à l'hôpital un soldat du 12e régiment; il est raide comme une pièce de bois, lorsqu'on l'enlève de dessus le brancard pour le poser sur son lit; il gémit sourdement et sans interruption; il ne se plaint que de la tête et des lombes. Son pouls est lâche, vide et petit, sa peau froide, sa figure bouleversée, son œil fixe et éteint; il semble se mourir. Trois décigrammes d'opium dans une potion lui sont marqués par l'externe; je les réitère le lendemain; et le troisième jour, cette impuissance des muscles, cette chute des traits, cette décoloration de la peau augmentent malgré l'amoindrissement de la céphalalgie, malgré quelques heures de sommeil. J'associe à l'opium le sulfate de quinine à fortes doses pendant trois jours, à doses décroissantes les jours d'après. Plus tard, un peu de décoction de quinquina et quelques juleps camphrés et musqués

achevèrent la réhabilitation des forces épigastriques et circulaires.

Cette association des toniques et des sels de quinquina en particulier, s'appuyant comme dans les deux premiers faits sur une allure de redoublement périodique, comme dans les deux autres sur la ruine des forces, m'a réussi dans plusieurs autres occurrences. Je n'en donne pas le détail, qui ne serait qu'une répétition des mêmes tableaux et de la valeur du même moyen.

L'efficacité de l'opium une fois constatée, j'avais fini, à l'imitation des épidémistes, mes prédécesseurs, par le conseiller dans tous les cas, dès le premier jour, que la forme fût de faiblesse ou d'excitation, cérébro-spinale ou gastro-encéphalique, sans presque tenir compte du tempérament, l'associant très rarement à la saignée et ne la pratiquant que médiocre, le combinant plutôt avec les stimulants diffusibles, avec les toniques fixes. Je m'en servais encore dans les autres maladies qui se développaient sous la même condition d'atmosphère locale : fièvres éruptives, oreillons, érysipèles, angines, pneumonies, ici à moindres doses et soutenu par de larges et nombreux vésicatoires. Lorsque je m'en passais, ces maladies se prolongeaient au delà de leur terme ordinaire, ou tendaient à la décomposition scorbutique, aux vibices, à la stupeur et à la mort.

Ce qu'il y a de certain, c'est que dès le jour où l'opium, médicament d'importance, non employé dans l'épidémie de 1840, dans le commencement de celle de 1841, est mis en avant, la mortalité fléchit, et des cures se font, plus nombreuses à mesure que je deviens plus hardi. Il faut donc rapporter à l'introduction de ce remède un tel et si ines-

péré changement. Tout échouait sans lui ; seul il résiste, avec lui tout réussit aussi.

D'autres médecins s'en convainquirent. Au commencement, ils n'osaient faire comme moi; lorsqu'on me réunissait avec eux en consultation, ils consentaient bien à donner l'opium, mais à petite dose, mais altéré par d'autres remèdes ; leurs malades mouraient. Ils se décidèrent enfin à agir de même, et furent tout aussi loin. Nous ne comprenions pas d'abord que cet état pathologique pût s'accommoder de doses si extraordinaires d'opium , nous avions peur de nuire à nos malades, surtout au début, avant qu'ils fussent un peu imprégnés de ce médicament ; et pourtant n'est-ce pas une loi de la nature que la variation de l'effet des remèdes, des poisons, en raison des modifications qu'apporte la maladie? Loi si vraie, que Fallope ne pouvait faire périr, avec deux gros d'opium, un criminel dont on lui avait promis le cadavre, parce qu'il les avalait au moment d'un accès de fièvre quarte, tandis qu'il succomba dès que Fallope les lui fit prendre après l'accès.

Comme les jeunes gens, qui sont disposés à s'éprendre pour tout ce qui leur paraît nouveau ou téméraire , mon interne donnait, dès que ces malades étaient portés dans l'hôpital, deux ou trois décigrammes d'opium, quelquefois plus, s'ils entraient peu d'heures après ma visite et dix-huit à vingt heures par conséquent avant celle qui suivait. Il m'arrivait souvent, par crainte d'outrepasser l'indication, et pour leur donner l'exemple de plus de mesure, de moins de précipitation, de suspendre le remède ou d'en atténuer la dose; j'avais presque toujours tort, et nous y revenions promptement, tant les bons effets en étaient palpables. Au reste, ce médicament auquel je dus de sauver au moins la

moitié des malades le plus rudement atteints, lors même qu'il ne les guérissait pas, calmait leurs angoisses et témoignait par là de son action bienfaisante.

Soulagement par l'opium, alors que ce remède ne peut guérir.

Une petite fille de dix ans que l'on avait traitée par les sangsues aux jugulaires, la glace sur la tête, par l'huile de ricin et le calomel, fut transférée à l'hôpital, le cou renversé, les yeux chassieux et rougeâtres, la langue épaisse, le nez gonflé et humide, se tourmentant à crier, à jeter ses bras hors du lit, n'entendant presque pas, voyant à peine. L'opium seul modéra ses plaintes, ses angoisses, ses sensations de déchirements dans les reins, et la fit vivre, à ce point que j'espérais la soustraire aux suites de la désorganisation dont elle était travaillée. Elle finit pourtant par succomber dans le marasme, toute racornie, les jambes retirées dans les cuisses, celles-ci sur le bassin, le dos en arc de cercle, raide et immobile. La moëlle épinière avait disparu dans divers espaces, *résorbée*; dans les autres, elle se fondait en putrilage; les ventricules étaient pleins de pus, et leur plancher était ulcéré.

La diminution de la mortalité que j'ai signalée, ne saurait se rapporter à l'affaiblissement naturel de l'épidémie, puisque celle de 1841 ayant reparu dès le mois de décembre 1840, ce fut dans le mois de janvier que je commençais d'administrer l'opium, et que je le donnais déjà à larges doses dans le mois de février. La violence dans les formes, dans la marche, dans le mode subit de l'invasion, était la même que pendant toute l'épidémie des premiers mois de 1840, et ne s'adoucit jamais. Depuis vingt-trois ans que

je pratique la médecine dans un vaste hôpital, je n'avais rien vu de semblable, ni dévié autant de mes principes en fait d'application thérapeutique. J'ai beaucoup lu dans ma vie; nos grands écrivains d'épidémies me sont familiers; ce que l'on a écrit sur l'opium dans des traités spéciaux ne m'est point étranger; je ne me rappelle pas cependant qu'il ait été employé comme médicament capital, et à doses aussi élevées, aussi soutenues, dans aucune maladie épidémique.

Quant à la dose, je n'étais pas sans précédents, j'avais déjà moi-même recueilli et publié des observations sur la tolérance de l'économie pour l'opium dans les diarrhées, la néphrite, la syphilis; et j'y étais encouragé par M. Brachet, qui en moins de vingt-quatre heures, avait fait prendre à une malade, saisie de cardialgie avec angoisses générales et violentes, plus de dix grains d'opium, sans causer de narcotisme, ni même de sommeil.

Cet auteur rapporte une observation de M. Briand, dans laquelle on voit un gros d'extrait gommeux d'opium dissous dans six onces d'eau, être consommé par mégarde en une semaine, sans incommodité pour le malade qu'il délivre d'une gastrite, présumée mortelle.

Il parle d'une cure de diarrhée chronique par l'opium, que M. Polinière pousse jusqu'à neuf grains, chaque jour; d'un tétanos guéri par ce remède, dont Caron d'Annecy donne un grain et demi toutes les heures, outre deux lavements avec soixante gouttes de laudanum liquide dans les vingt-quatre heures. En citant dix praticiens qui n'ont compté des succès que par des doses énormes d'opium, dès l'apparition du tétanos, M. Brachet assure qu'on peut sans crainte, débuter par vingt, trente, quarante grains

par jour. Saunders, Sutton, Perry, MM. Rayer, Duméril et Guersent, n'ont-ils pas guéri le délire tremblant avec de pareilles doses de ce remède, sur lesquelles ils ont insisté, quoique les symptômes parussent d'abord s'en aggraver? Je restais bien en deçà. Mais ce qui donne une couleur particulière et vraiment nouvelle au traitement que j'employais, c'est son application en grand; c'est qu'il y avait un grave développement de phénomènes fébriles, un nombre considérable de malades, et qu'il ne s'agissait pas d'approprier cette méthode à un ou deux cas, sans caractères communs. M. Schmid (de Vienne), en avait entrevu l'utilité dans le vertige, la céphalée, le typhus cérébral.

Je pourrais déduire de tout ce que j'ai relaté, des explications physiologiques qui ne seraient pas dépourvues d'actualité, ni d'intérêt; je pourrais discourir sur le peu de pouvoir somnifère qu'ont eu des doses si considérables d'opium, toucher aux hypothèses de ceux qui le considèrent comme sthénique, de ceux qui le regardent comme débilitant. J'aime mieux m'en tenir à la simple exposition des faits; ce qui convient à une œuvre de pratique médicale. Quoique cette épidémie ait coïncidé avec une inondation prolongée, celle-ci n'y était pour rien; car en janvier 1840, par une atmosphère qui n'était pas catarrhale, avec prédominance des vents du nord, cette épidémie avait paru. Elle dépendait donc d'une viciation de l'air, insaisissable dans sa nature intime, ou de toute autre cause, également au-dessus de nos conjectures et de nos moyens d'investigation. Elle sévit, d'après les journaux, dans d'autres villes importantes du royaume, ce qui me permet d'espérer que la publication de ce mémoire pourra devenir profitable.

ÉTUDE COMPARATIVE

DES DEUX ÉPIDÉMIES QUI ONT RÉGNÉ SIMULTANÉMENT A STRASBOURG ET A AVIGNON ;

Par Em. CHAUFFARD, élève des hôpitaux de Paris.

Pendant que sévissait à Avignon cette épidémie si meurtrière dont la relation précède, Versailles, Rochefort, Metz, Strasbourg, étaient aussi sous les coups d'une méningite épidémique. M. Forget, professeur de clinique médicale à la faculté de Strasbourg, ayant publié tout récemment dans la *Gazette médicale*, l'histoire de la maladie qui a régné dans cette ville, il nous a paru intéressant de rapprocher ces deux épidémies, d'étudier les analogies et les dissemblances qu'elles ont pu présenter entre elles. Pour mettre quelque ordre dans cette exposition, nous comparerons successivement l'étiologie, la symptômatologie, la marche, la terminaison, les caractères anatomo-pathologiques, et enfin le traitement de ces deux affections épidémiques.

Dans l'une et l'autre ville, l'invasion de la maladie s'est faite par les militaires de la garnison ; de là, elle a débordé sur le reste de la population. Il est à remarquer que l'épidémie s'est montrée à Avignon pendant les deux hivers de 1839-40, 1840-41 ; elle n'a paru à Strasbourg que pendant ce dernier hiver. Dans l'une et l'autre, l'étiologie de cette affection est restée enveloppée d'ombres impénétrables ; aucune voix n'est venue répondre aux interrogations incessantes du médecin. Elle a seulement paru attaquer de préférence des sujets dans l'âge adulte, d'un tempérament fort, sanguin, livrés à des travaux pénibles ; on le voit, il n'y a dans tout cela rien de bien précis.

La symptômatologie de ces deux affections offre de nombreux points de contact. Nous signalerons d'abord l'invasion brusque, foudroyante de la maladie ; les prodromes n'ont peut-être pas toujours entièrement manqué ; mais dans tous les cas, ils se sont montrés aussi obscurs qu'éphémères; toutefois, cela serait plus exclusivement applicable à l'épidémie d'Avignon. Lorsque l'on a pu les apprécier, ils consistaient en un peu de lassitude, un malaise général, avec anorexie et quelques frissons. Les symptômes d'invasion, nous venons de le dire, ont été dans les deux cas aussi brusques que violents, mais d'une forme plus souvent foudroyante, ce me semble, à Avignon. Les malades atteints dans cette dernière ville, paraissaient être sous le travail désorganisateur d'une altération plus intense ; leurs angoisses étaient plus déchirantes, leur adynamie plus complète ; le mal qui les écrasait semblait les avoir frappés d'une stupeur plus profonde, les avoir plus entièrement séparés du monde extérieur. Comme symptômes communs du début, on peut signaler la céphalalgie sous toutes ses formes, la rachialgie vive, continue, l'opisthotonos, le typhus, le coma, un délire furieux, ou une rêvasserie tranquille; la stupeur de la face, la fixité du regard, la dilatation des pupilles, ou une contraction douloureuse dans les muscles du visage. A Strasbourg l'herpès-labialis, à Avignon un flux puriforme abondant par les narines, se sont souvent présentés comme épiphénomènes, mais jamais avec les caractères d'une crise salutaire. Il y avait aussi généralement pâleur des téguments, sentiment de froid dans tout le corps, abaissement de la température, faiblesse, endolorissement des membres. M. Forget n'indique pas qu'il ait observé leur confracture

permanente, surtout celle des membres inférieurs; elle l'a souvent été dans l'autre épidémie.

Le vomissement, la constipation, plus tard la diarrhée, ont été observés communément; pourtant les complications du tube digestif paraissent avoir été plus constants dans la méningite épidémique de Strasbourg.

La petitesse, la lenteur, l'irrégularité du pouls, ont également frappé le médecin dans ces deux épidémies; le nombre de ses pulsations est souvent descendu à cinquante ou soixante par minutes; ces phénomènes ont pourtant été plus fréquents à Avignon; une franche réaction y était sans contredit plus difficile à obtenir.

L'ensemble des symptômes et la marche de la maladie ont été formidables dans les deux épidémies; ils ont dû pourtant inspirer plus d'effroi au médecin d'Avignon, en lui indiquant un état plus au-dessus de ses moyens.

Quant à la mortalité, elle n'excède pas pour la méningite-encéphalo-rachidienne épidémique de Strasbourg, le chiffre atteint par la méningite sporadique : vingt-un décès sur quarante malades. Sous ce rapport l'histoire de l'autre épidémie présente deux périodes bien distinctes : dans la première, la mortalité est effrayante; sur trente malades, un seul cas de guérison, voilà à peu près la proportion; dans la seconde, elle descend au-dessous du chiffre ordinaire des cérébro-spinites sporadiques; et si ces deux périodes sont aussi tranchées, cela ne tient nullement à l'affaiblissement de la maladie épidémique; il suffit de lire quelques observations citées dans le mémoire ci-dessus, pour se convaincre qu'elle était tout aussi violente; la cause en est exclusivement dans la différence des armes employées pour la combattre.

Les caractères anatomo-pathologiques de cette affection n'ont pu malheureusement être observés que trop souvent par le médecin impuissant à les arrêter dans leur marche funeste; ils ont toujours été en rapport avec la gravité des symptômes. Dans les deux épidémies, la dure-mère, et l'arachnoïde se sont trouvées à l'état normal; mais la pie-mère encéphalo-rachidienne était le siége de profondes altérations. Elle présentait une injection très-marquée, qui coexistait toujours avec des produits sécrétés à sa surface.

Ces produits étaient solides et consistaient en une matière jaunâtre, semblable à de l'albumine concrète, offrant toutes les apparences d'un véritable pus opaque, de consistance pseudo-membraneuse. Quelquefois cependant, à Strasbourg, les produits sécrétés, ne consistaient qu'en un liquide séreux et lactescent. La substance cérébrale n'a pas présenté dans la méningite-encéphalo-rachidienne de Strasbourg, une altération notable dans sa structure ; une seule fois on a cru rencontrer un ramollissement diffluent du *septum lucidum*, de la voûte à trois piliers, et de la surface des parois ventriculaires.

Il n'en a pas été de même à Avignon. Chez la plupart des malades, on trouvait l'intérieur des ventricules, la voûte à trois piliers, le *septum lucidum* en détritus, désorganisés, plein d'un pus aussi crêmeux que celui d'un phlegmon arrivé à sa maturité. Ce pus s'écoulait parfois en dehors, en arrière des cornes d'Ammon, après avoir distendu la cavité digitale; la moëlle épinière présentait des interruptions de sa substance d'une grande étendue; elle y était remplacée par un peu de liquide jaunâtre purulent ; quelquefois ce peu de liquide manquait, ses parois membraneuses étaient

en quelque sorte collées l'une à l'autre. Ces altérations se sont rencontrées dans tous les points de son étendue; mais en général, ces immenses destructions emportaient toute la partie inférieure de sa portion dorsale, avec toute sa portion lombaire, et souvent en même temps la queue de cheval.

On le voit, si le professeur de Strasbourg donne, et avec raison, à l'épidémie qu'il a observée le nom de méningite, ou mieux, s'il ne craignait de faire un néologisme, de *pie-mérite encéphalo-rachidienne*, il ne peut en être ainsi de l'épidémie d'Avignon. Pour que son nom porte l'empreinte des lésions révélées par l'autopsie, il faut l'appeler cérébro-spinite, ou pour être plus complet, méningo-cérébro-spinite.

Ce court examen comparatif des lésions anatomo-pathologiques de ces deux épidémies suffit pour montrer combien était terrible, surtout dans la dernière, le mal contre les désordres duquel le médecin avait à lutter. Voyons de quelle manière la lutte a été soutenue.

A Strasbourg, à Avignon, les antiphlogistiques locaux et généraux, les évacuants intestinaux, les dérivatifs cutanés, les topiques, les fébrifuges, les excitants, les antispasmodiques, les narcotiques, les sédatifs sont essayés. De part et d'autre on reconnaît d'abord comme impuissants, souvent comme nuisibles, les antispasmodiques, les toniques et surtout les évacuants intestinaux; le tartre stibié, le calomel employés à haute dose, loin d'être utiles, paraissent nuire souvent. La méthode de prédilection du professeur de Strasbourg, peut être résumée ainsi : dans les premiers jours, saignées générales, saignées locales, réitérées jusqu'à la rémission des symptômes généraux et locaux;

onctions mercurielles sur le cuir chevelu, fomentations froides superposées aux onctions; tisanes, lavements émollients, diète absolue; laxatifs pour combattre la constipation persistante; lavements, topiques opiacés dans les complications de vomissements, de diarrhée; tel est le traitement fondamental de la période initiale, aiguë. A une époque plus avancée, dérivatifs cutanés à la nuque, au rachis, aux membres, opium contre la persistance de certains troubles nerveux. Voilà dans leur ensemble, les procédés thérapeutiques mis en usage par M. Forget; les résultats qu'il en a obtenus, lui paraissent les sanctionner manifestement. Nous l'avons déjà dit, sur quarante malades, dix-neuf ont guéri, les autres ont succombé.

Le médecin de l'hôpital d'Avignon a mis en usage ces mêmes moyens, avec une énergie tout au moins égale; mais, tout venait échouer contre l'intensité de l'affection. Dans la première invasion de l'épidémie sur trente-un malades, un seul échappe; le résultat était désastreux. Au réveil de la maladie, pendant l'hiver 1841, mêmes moyens sont employés au commencement, mêmes insuccès viennent affliger le médecin. Mais bientôt enfin un remède aussi puissant que peu attendu, se révèle; l'opium administré, dès le début, à la très-haute dose de trois à quatre décigrammes par jour et pendant très-longtemps, vient poser un terme aux ravages du mal. Chose du reste vraiment digne de remarque, et qui semblerait fournir une nouvelle preuve de la parenté de la méningite épidémique de Strasbourg et de la cérébro-spinite d'Avignon, M. Forget a, dans les derniers temps de l'épidémie, administré aussi l'opium, et, « dans presque tous les cas, dit-il, les phénomènes fâcheux ont disparu comme par enchante-

ment. » Il l'a donné à sept malades ; chez quatre le succès a été complet, évident ; les trois cas d'insuccès sont relatifs : 1° à un malade qui prit en tout seulement 0,05 d'opium, quelques heures avant sa mort ; 2° à un cas de méningite ancienne (trente jours) avec forme typhoïde ; 3° à un cas de délire avec complication de coma et de paralysie, dans lequel l'opium fut administré trente heures avant la mort. On ne peut donc vraiment tenir compte de ces cas, dans le jugement à porter sur la valeur de ce remède. Autre rapprochement : M. Forget n'a pas attendu le douzième jour, le déclin de la maladie, comme le veut Sydenham, pour administrer l'opium ; il l'a donné avec plein succès dès le septième et même dès le cinquième jour. « Ces résultats, je l'avoue, dit M. Forget, déroutent un peu les idées classiques que j'avais sur l'opium ; il est si généralement admis que ce médicament ne convient pas dans les phlegmasies, notamment dans celles de l'encéphale ! » Plus bas il ajoute : « Nous regrettons que cette inspiration ne nous soit pas venue plus tôt ; ce qui nous eût permis d'en produire des applications nombreuses ; mais les rapports de cause à effet ont été si patents, que nous, si sceptiques en fait d'innovations thérapeutiques, nous ne craignons pas de produire nos observations comme l'expression, sinon d'une découverte, au moins d'une rénovation des plus heureuses. »

Après l'étude comparative que nous venons de faire de ces deux affections épidémiques, un mot sur leur nature intime. Ici nous nous abstiendrons du rapprochement que nous serions tenté de faire. M. Forget n'admet pas que la méningite encéphalo-rachidienne épidémique dont il rapporte l'histoire, ait rien de spécifique, et diffère de la même affection à l'état sporadique, en tant que celle-ci affecte les mêmes parties, encéphale et rachis. En est-il

ainsi de la cérébro-spinite épidémique d'Avignon ? nous ne le pensons pas. En effet M. Forget définit les affections spécifiques « celles qui ont une origine, une physionomie » extérieure, une marche, une terminaison particulière et » qui demandent un traitement particulier. » Je le demande, cette définition ne s'applique-t-elle pas en entier à la maladie épidémique dont il s'agit? Voyez d'abord son origine; pendant deux hivers successifs à la même époque, elle naît, avec les mêmes formes, dans le même lieu, dans la même corporation d'individus, sans qu'aucune cause saisissable puisse expliquer cette brusque apparition. Cette naissance si bien caractérisée, ce nuage dont s'entourent en même temps les causes qui ont pu la produire, ne sont-ils pas le caractère de toute affection épidémique spécifique? Est-ce ainsi que se présente la méningite sporadique? On ne peut refuser davantage un cachet tout particulier à sa marche, à son ensemble, à sa terminaison. Elles correspondent du reste entièrement aux lésions anatomiques; peut-on nier la physionomie tout à part de celle-ci? Voit-on ainsi tous les jours d'immenses destructions de la moëlle, de profondes désorganisations des ventricules cérébraux, et tout cela coexistant avec une suppuration de toute la pie-mère encéphalo-rachidienne? Enfin, et cette seule preuve me paraîtrait plus que suffisante, tous les traitements ordinaires qui paraissent émaner de la plus saine logique, échouent complétement. Il faut, et c'est là le cachet de toute épidémie, il faut pour triompher du mal, un médicament, M. Forget le dit lui-même, qui en temps ordinaire est réputé même nuisible contre cette affection; et ce n'est pas contre elle seule qu'il se montre fort, mais aussi contre toutes les maladies qui naissent sous l'influence

de cette constitution ; car toutes la subissent, fièvres éruptives, oreillons, érysipèles, angines, pneumonies, etc. En un mot, le remède fondamental dans cette épidémie, l'opium, n'est pas celui qui triomphe de la cérébro-spinite sporadique, pas plus que des fièvres éruptives, des érysipèles, des pneumonies ordinaires ; mais, selon la pensée de nos grands épidémistes, ce remède était puissant, parce qu'il convenait à la constitution médicale.

RÉFLEXIONS

Sur l'épidémie de Strasbourg et d'Avignon, considérée *suivant la doctrine du vitalisme hippocratique*, comme *une fièvre nerveuse avec affection profonde du cerveau et de la moëlle épinière ;*

Par M. CAYOL.

Rien de plus curieux et de plus instructif, tout à la fois, dans l'état présent de la médecine, que de voir l'École anatomique (la seule qui ait aujourd'hui des organes officiels) aux prises avec une grande épidémie. Dans les maladies ordinaires, où les chances de mort et de salut se balancent, où d'ailleurs la nature fait presque tous les frais de la guérison, on conçoit bien que les systèmes artificiels trouvent toujours leur compte, surtout depuis que la médecine *arithmétique* a perfectionné l'art de faire mentir les chiffres, et de soutenir par la statistique les thèses les plus opposées à l'expérience et au sens commun. Mais, dans les épidémies meurtrières qui déciment les populations, tous les artifices des faux systèmes ne sauraient prévaloir contre la triste réalité. Lorsque les malades meurent par centaines à la suite des saignées répétées et des traitements les plus ac-

tifs, lorsque la mort est la règle, et la guérison une rare exception, le gros bon sens du peuple ne manque jamais de dire, avec beaucoup de raison, que les médecins *ne connaissent pas la maladie*. Sydenham, ce puissant génie médical, disait comme le peuple en pareilles circonstances! il avouait avec une candeur admirable que les premiers malades qu'il traitait dans une épidémie *couraient des chances fâcheuses, jusqu'à ce qu'ayant reconnu par un examen constant le caractère de l'épidemie il pût l'attaquer avec une entière confiance*. Mais Sydenham n'était pas encroûté du préjugé anatomique ou matérialiste, le plus aveugle sans contredit, le plus entêté et le plus funeste des préjugés. *L'examen constant* qui lui servait à reconnaître le caractère de la maladie n'était pas l'examen cadavérique, mais l'observation de l'homme vivant, dans ses rapports d'une part avec les circonstances extérieures, et de l'autre avec les modificateurs thérapeutiques. Aussi ses insuccès et ses revers servaient-ils à son instruction et à la guérison des nouveaux malades, tandis que les insuccès de l'*anatomisme* et du *physiologisme* ne servent qu'à confirmer de plus en plus l'erreur et l'ignorance, ou plutôt le faux savoir, bien pire encore que l'ignorance, en les appuyant de nouvelles *autopsies*.

Qu'avons-nous vu, il y a quelques années, lorsque le choléra asiatique, franchissant pour la première fois les mers et les continents qui semblaient l'isoler à jamais de nous, vint s'abattre sur cette immense cité, quartier général et foyer central de *l'anatomisme*? La mort et la désolation étaient partout. Dans la consternation générale tous les regards se tournaient vers la médecine : l'autorité s'adressant à ses organes officiels leur demandait une *Instruction pratique* où les médecins et le public pussent trouver

des conseils et une direction pour se prémunir et se défendre contre les atteintes du fléau. Mais hélas! ces organes officiels de la médecine ne pouvaient qu'avouer leur impuissance, ou plutôt la déguiser sous un vain appareil scientifique. Au lieu d'une *Instruction pratique* qu'on attendait avec la plus vive anxiété, on vit sortir des presses de l'imprimerie royale un exposé des tentatives et expériences faites pour le traitement de la maladie, sans explication des motifs ni des résultats de ces expériences, sans aucune règle établie pour le choix et l'application des moyens, sans aucune formule précise, sans aucune donnée un peu positive d'où l'on pût tirer quelque indication curative, c'est-à-dire, en un mot, rien d'utile ni d'applicable!

On demandait de toute part des remèdes; les médecins répondaient par des autopsies qui ne leur apprenaient rien, mais qu'ils poursuivaient néanmoins avec une ardeur incessante, et qu'ils pouvaient multiplier à leur gré; car les *sujets* ne leur manquaient pas! Je m'abstiendrai, pour l'honneur de la médecine contemporaine, de rappeler ici les discussions oiseuses, quelquefois même puériles, qui absorbaient les activités médicales dans ces circonstances désastreuses. Il me suffira de dire, pour caractériser l'époque, qu'un homme très-haut placé, qu'un professeur justement célèbre recommandait aux médecins d'examiner attentivement à l'œil nu, *ou mieux encore à la loupe*, les follicules muqueux de l'intestin connus sous le nom de glandes de Peyer et de Brunner, persuadé qu'il était qu'*on parviendrait à découvrir dans la cavité de ces follicules, dans leur paroi ou dans leur voisinage, dans leur développement, dans leur altération, ou bien dans celle de la matière de leur sécrétion*, LE SIÉGE, ET PEUT-ÊTRE AUSSI LA NATURE DU

CHOLÉRA (1) !! Un jour viendra sans doute où l'on aura peine à croire que de telles choses aient été professées dans la faculté de Paris. Des médecins qui cherchent à la loupe, dans des cryptes ou follicules muqueux, les moyens d'arrêter les ravages d'une épidémie foudroyante, ne rappellent-ils pas ces Grecs du Bas-Empire qui disputaient sur des subtilités métaphysiques tandis que leurs derniers remparts tombaient sous les coups des musulmans ?

En dehors de ces préoccupations anatomiques, la *Revue médicale*, fidèle à ses doctrines de vitalisme hippocratique, prenant son point de départ dans l'observation de l'homme vivant et réagissant, se posait en face de la maladie, analysait ses symptômes, sa marche, ses tendances, dans leurs rapports avec les modificateurs thérapeutiques, et parvenait ainsi à fixer quelques principes de traitement, dans une *Instruction pratique* insérée au cahier d'avril 1832 de ce recueil. Cette instruction, réimprimée aussitôt séparément, était enlevée avec tant de rapidité que deux éditions se trouvaient épuisées avant que le travail de l'Académie eût paru (2). Dans le même cahier de la *Revue* M. le professeur Recamier publiait les premiers résultats de ses *Recherches* cliniques sur le choléra-morbus, empreintes de ce génie investigateur et de cette active sagacité qui distinguent

(1) Lettre de M. Dupuytren à M. le baron Rothschild sur le choléra-morbus. Cette lettre a été reproduite textuellement dans la *Revue médicale*, cahier de février 1832, page 252, avec des réflexions critiques assez étendues qui touchent à plusieurs questions fondamentales de la philosophie médicale.

(2) Instruction pratique sur le Régime et le traitement du choléra-morbus épidémique au printemps de 1832; par M. Cayol, ancien professeur de clinique médicale à la faculté de médecine de Paris. Broch. in-8 — Troisième édition. — Paris, 1832.

l'infatigable médecin de l'Hôtel-Dieu. On pouvait juger dès-lors de quel côté venait la lumière : ce n'était pas, certes, des amphithéâtres de l'école anatomique.

Voici maintenant une autre épidémie, aussi violente dans ses attaques et non moins meurtrière que le choléra, mais, heureusement, plus circonscrite et plus limitée dans sa sphère d'activité. Deux médecins distingués, et depuis longtemps connus dans la science par d'honorables travaux, publient presqu'en même temps la relation de cette épidémie, dont ils ont été témoins et acteurs principaux dans des localités différentes. A Strasbourg c'est une *méningite encéphalo-rachidienne* ; à Avignon c'est une *cérébro-spinite*. Mais si l'on compare les deux épidémies sous leurs rapports étiologique, séméiologique, anatomo-pathologique, et surtout sous le rapport thérapeutique, comme l'a fait avec beaucoup de lucidité et de méthode M. Émile Chauffard, digne fils du médecin d'Avignon, on reconnaîtra sans peine qu'elles se rapportent à une seule et même maladie. Les dénominations différentes qui lui ont été imposées à Avignon et à Strasbourg sont tout à la fois le cachet et la critique de cette pathologie en *ite*, qui a fait son temps, Dieu merci, qui n'a pas de base philosophique, et ne soutient plus la controverse, mais qui subsiste encore par une sorte d'habitude routinière, en attendant quelque chose de mieux qu'on entrevoit, et qu'on n'ose pas aborder franchement, dans la crainte de paraître *rétrograder*. Arrêtons-nous un moment sur ces dénominations. M. le professeur Forget nomme la maladie une *méningite encéphalo-rachidienne*, et peu s'en est fallu qu'il ne lui donnât le nom barbare de *pie-mérite encéphalo-rachidienne*, parce qu'il a observé constamment, à l'ouverture des cadavres, des infil-

trations purulentes de la pie-mère, à la base du crâne et dans le canal rachidien. M. Chauffard la nomme une *cérébro-spinite* parce qu'il a trouvé des désorganisations considérables de la substance cérébrale et de la moëlle épinière. C'est fort bien. Cependant puisque l'un et l'autre sont obligés de reconnaître, d'après l'identité des symptômes, de la marche des accidents, et de la médication spécifique à laquelle ils ont été forcément conduits, qu'ils ont eu à traiter la même maladie, il faut bien qu'ils reconnaissent aussi que la même maladie entraîne des altérations organiques différentes. Mais de plus, il est évident que la maladie peut exister sans altérations organiques ni désorganisations d'aucune espèce. Les malades qu'on a vu guérir du jour au lendemain, après avoir pris quelques grains d'opium, n'avaient pas apparemment d'infiltration purulente de la pie-mère, ni de désorganisation de la substance cérébrale, ni de ramollissement de la moëlle épinière; mais ils auraient pu avoir tout cela si la maladie s'était prolongée. Donc les altérations organiques ne sont pas la cause ni l'essence de la maladie; elles n'en sont que les effets et les résultats *éventuels*; donc elles ne peuvent servir ni à caractériser ni à dénommer la maladie, acte essentiellement vital, réaction anormale de l'organisme, qu'on ne peut caractériser que par ses phénomènes vitaux.

Voilà pour ce qu'on appelle le *siége* de la maladie, dans le langage de l'école anatomique. Venons maintenant à sa *nature*, et c'est ici la question capitale, puisque c'est sur elle que repose le traitement.

Les dénominations terminées en *ite* sont souvent dangereuses, parce qu'elles préjugent la nature de la maladie : elles

posent en fait l'existence de l'inflammation, et par suite la nécessité de la médication antiphlogistique dont la saignée fait la base. L'histoire de la médecine française au 19e siècle dira quelque jour, et avec raison, que la pathologie en *ite* a fait répandre plus de sang humain que les guerres de l'Empire. Outre qu'elle est dangereuse dans ses conséquences, la terminaison en *ite* est défectueuse et erronée dans son principe; car l'inflammation, qui a une part quelconque dans toutes les maladies, n'en constitue essentiellement aucune. Et si, suivant les errements de l'école anatomique, on croit pouvoir affirmer la nature inflammatoire d'une maladie d'après les données cadavériques, on est exposé à de terribles mécomptes, comme on peut le voir dans l'épidémie dont il est ici question.

M. Forget constate dans ses autopsies une infiltration purulente de la pie-mère; M. Chauffard est plus frappé des désorganisations de la substance cérébrale et de la moëlle épinière. L'un et l'autre, considérant ces divers désordres comme des caractères d'inflammation, donnent à la maladie un nom en *ite* et la traitent en conséquence. La plupart des malades étant des militaires jeunes et vigoureux, les saignées ne sont pas épargnées; on les répète *coup sur coup*, on tire du sang par les veines du bras, par celles du pied, par l'artère temporale, par des ventouses, par des sangsues en très-grand nombre, et toujours sans aucun avantage. On couvre les malades de vésicatoires, de sinapismes, de cautérisations, d'onctions mercurielles; on a recours aux purgatifs, au tartre stibié, etc.; rien ne réussit : les malades meurent dans des tourments affreux, et les médecins se désespèrent, jusqu'à ce qu'enfin un heureux hasard les ait mis sur la voie de la médication spéci-

fique. Oh! dès ce moment la scène est changée: les symptômes les plus formidables de la maladie cèdent comme par enchantement; les convalescences remplacent les autopsies; la joie succède à la consternation. Quelques grains d'opium ont suffi pour opérer ce prodige, qui met en déroute l'école anatomique et la pathologie en *ite*. Les médecins, qui tantôt se désolaient de ne pouvoir guérir leurs malades, n'ont plus que la petite contrariété de les voir guérir par une médication qui ne cadre pas avec leurs théories.

M. Chauffard surtout, qui paraît tenir encore à ses théories Broussaisiennes, regrette singulièrement de n'avoir pu réussir par de larges saignées, et de s'être vu contraint d'administrer l'opium. Cette disposition d'esprit, qui du reste ne l'empêche pas d'administrer hardiment l'opium, se trahit à chaque page, et jusque dans l'intitulé de sa relation: *Mémoire sur des cérébro-spinites*... QU'IL A FALLU TRAITER PAR L'OPIUM! Il s'en prend, de même que M. Forget, à la constitution médicale, au génie épidémique; et Dieu sait la valeur qu'ont ces mots dans les principes de l'École anatomique! L'un et l'autre restent persuadés que la même médication ne réussirait pas dans une maladie sporadique qui se présenterait avec les mêmes symptômes. C'est encore une grave erreur, qui vient de ce qu'ils ont confondu la *diathèse* avec la constitution médicale: celle-ci sert à reconnaître la *diathèse* d'une fièvre par la comparaison avec les autres maladies régnantes; mais elle ne la constitue pas. La vérité est que toute maladie aiguë ou fièvre qui se présenterait avec la même *diathèse*, qu'elle fût ou non épidémique, et quelles que fussent d'ailleurs les affections locales qui pourraient l'accompagner, mériterait le nom

de *fièvre nerveuse*, et serait traitée avec succès par la même médication.

M. Forget, plus enclin au scepticisme, paraît tenir moins que M. Chauffard aux théories Broussaisiennes, qui sont cependant le fond de sa doctrine médicale. Il exprime avec une noble franchise le regret de n'avoir pas eu plus tôt cette bonne inspiration qui l'a conduit à tenter l'opium, en dépit de ses *idées classiques* (c'est-à-dire, Broussaisistes) qui l'éloignaient de cette médication.

Qu'il me soit permis à mon tour d'exprimer un regret bien sincère : celui de voir des médecins distingués, des hommes de science et de pratique, sous l'empire des faux systèmes qui ont dirigé leur éducation médicale, restés étrangers aux saines traditions, jusqu'au point de s'émerveiller et de se croire en possession d'une *découverte*, lorsqu'une inspiration fortuite les a conduits à l'emploi d'une médication héroïque, consacrée par l'expérience des siècles, mais qui n'avait pu trouver place dans les théories étroites de l'*anatomisme*. Si ces honorables confrères avaient lu ma clinique médicale, qui est publiée depuis près de dix ans, et qui a fait déjà plus d'une conversion au vitalisme hippocratique, ils y auraient appris à reconnaître une fièvre nerveuse et à la guérir logiquement par l'opium. On en pourra juger par quelques paragraphes de cet ouvrage que je vais reproduire textuellement, laissant à M. Chauffard et à M. Forget, si bon leur semble, comme aussi à tous les lecteurs, la tâche, d'ailleurs très-facile, d'en faire l'application à l'épidémie de Strasbourg et d'Avignon, dans l'intérêt de la science et de l'art médical, c'est-à-dire des médecins et des malades.

« *Diathèse et diagnostic médical des fièvres* (1).

« Les saignées générales, les évacuants, le quinquina et l'opium sont des médications générales qui agissent évidemment en modifiant les agents de la réaction générale de l'organisme, les deux appareils qui tiennent tous les autres sous leur dépendance, c'est-à-dire les organes principaux de la circulation et de l'innervation, le cœur et les centres nerveux. C'est sur ces quatre médications héroïques que repose toute la thérapeutique des fièvres. Or, pour peu qu'on réfléchisse, d'après l'expérience la plus banale, sur les effets de chacune de ces médications, qui sont bien distincts et bien tranchés, on reconnaîtra sans peine qu'elles ne répondent pas à telle ou telle affection locale, mais bien à certains états de l'organisme.

« Lorsque, appelé pour le traitement d'une maladie aiguë, vous avez reconnu, outre la fièvre, une angine, une péripneumonie, un rhumatisme articulaire, un érysipèle ou toute autre inflammation locale, vous connaissez bien la maladie sous le rapport du diagnostic anatomique, et même sous le rapport du pronostic : car l'anatomie pathologique vous a appris quelles peuvent être les conséquences de l'inflammation dans tel ou tel viscère, dans tel ou tel tissu; mais vous ne savez pas encore quels sont les agents thérapeutiques ou les modificateurs que vous devrez employer pour arrêter la marche de cette maladie; vous ne savez pas encore, dis-je, s'il faudra saigner, purger,

(1) Clinique médicale, suivie d'un traité des maladies cancéreuses; par J. B. Cayol, etc., 1 vol. in-8°; Paris 1833, page 54 et suivantes.

donner du quinquina, de l'opium, ou combiner ensemble plusieurs de ces médications; ou du moins vous n'avez à cet égard que les données fort incertaines qui peuvent résulter de la connaissance des localités affectées. Vous connaissez, en un mot, le siége de la maladie locale; mais vous n'avez encore que d'obscures probabilités sur sa nature; car la nature d'une maladie, pour le médecin praticien, c'est la *diathèse*, c'est le mode de réaction, c'est cette disposition particulière de l'organisme à laquelle répond tel ou tel modificateur thérapeutique.

« Ainsi, les fièvres dont tous les phénomènes prédominants se rapportent à un excès de réaction du système sanguin, exigent, en général, la saignée, quelles que soient les affections locales qui les accompagnent : d'après ce résultat de l'observation, nous disons qu'elles tiennent toutes à une même disposition de l'organisme, que nous appelons *diathèse inflammatoire*, et nous nommons ces fièvres *inflammatoires*. Celles qui sont caractérisées par une prédominance de la réaction du système nerveux, se guérissent en général par le quinquina lorsqu'elles sont intermittentes, et par l'opium lorsqu'elles sont continues, qu'elles soient ou non accompagnées d'affections locales : nous disons en conséquence qu'elles tiennent à une *diathèse nerveuse*, et nous les appelons *fièvres nerveuses*.

« Je ne dirai rien en ce moment des autres diathèses, ne voulant pas entamer des discussions qui m'entraîneraient beaucoup trop loin. Je n'entrerai non plus dans aucun détail sur les causes, les symptômes et les effets des diathèses en général, ni même de la diathèse nerveuse en particulier. Il me suffit d'avoir clairement expliqué ce qu'il faut entendre par la nature d'une fièvre ou sa diathèse. On voit

que pour bien juger sous ce rapport essentiel une maladie aiguë, le diagnostic anatomique ne suffit pas; il faut encore, pour établir le diagnostic *médical* ou thérapeutique, interroger le tempérament, le genre de vie, les maladies antérieures, les causes de la maladie actuelle, et surtout la *Constitution médicale*. Et toutes ces données, quelle que soit d'ailleurs la sagacité du médecin, peuvent être encore insuffisantes pour parvenir à la solution du problème. Il faut alors, s'il y a nécessité impérieuse d'agir, employer dans une mesure convenable une médication énergique, dont le bon ou le mauvais effet devient souvent un trait de lumière pour le médecin qui sait observer avec sagesse et sans prévention : *a juvantibus et lædentibus fit indicatio.* »

« On conçoit maintenant pourquoi je regarde le diagnostic de la fièvre comme bien autrement difficile que celui des affections locales. J'ajoute qu'il est aussi bien autrement important, sous le rapport thérapeutique; et je ne crois pas pouvoir trop insister sur cette vérité fondamentale : que, dans la première période des maladies aiguës, la connaissance des affections locales ne fournit, en général, au traitement, que des indications secondaires, uniquement relatives au mode d'administration de tel ou tel agent thérapeutique, tandis que les indications principales, celles qui sont relatives au choix de la médication, se tirent de la *diathèse*, c'est-à-dire de la nature de la maladie. »

Il fallait citer des exemples à l'appui des considérations précédentes. Au lieu de prendre ces exemples dans les maladies inflammatoires, où les moyens dirigés contre l'affection locale peuvent convenir aussi à la fièvre, j'ai mieux

aimé les choisir parmi les fièvres nerveuses, parce que là les moyens qu'on emploie contre la diathèse n'étant pas de nature à agir directement sur les affections locales, il ne peut y avoir aucune illusion.

J'ai donc rapporté six observations particulières de fièvres nerveuses, savoir : 1° une fièvre nerveuse avec métro-péritonite; 2° une fièvre nerveuse avec pleurodynie; 3° Deux fièvres nerveuses cholériques ou choléra-morbus; 4° une fièvre nerveuse avec délire chez un ivrogne (*delirium tremens*); 5° une fièvre nerveuse avec cécité et trismus. Je crois inutile de donner ici les détails de toutes ces observations qu'on pourra lire dans l'ouvrage. Mais je ne veux pas omettre quelques rapprochements propres à éclaircir la question qui nous occupe.

Dans les six observations que je viens d'énoncer il y a à considérer les symptômes généraux et les symptômes locaux. Les premiers constituent la fièvre. Elle a eu ce caractère commun, dans les six cas, que la réaction des centres nerveux prédominait évidemment sur celle du cœur, comme l'ont prouvé d'une part l'examen analytique des symptômes, et de l'autre le résultat des médications. La petitesse du pouls, coïncidant avec une grande accélération, la prédominance de la douleur locale sur les autres symptômes de réaction, enfin le peu de chaleur et de coloration de la peau par rapport aux autres symptômes fébriles, ont été, suivant les circonstances, des indices du diagnostic de la fièvre, qui a été ensuite confirmé par le mauvais succès des saignées, et par l'effet éminemment curatif de l'opium.

Les symptômes locaux, tout à fait différents dans les six cas, ont cédé à l'action du même modificateur général, de

l'opium, bien que dans le cas de pleurodynie ils eussent évidemment précédé la fièvre, qui pouvait en conséquence être regardée comme consécutive ou symptomatique.

Voilà donc six maladies tout à fait différentes sous le rapport du diagnostic anatomique, mais tout à fait analogues sous le rapport du diagnostic thérapeutique ou médical : même prédominance de la réaction des centres nerveux dans les six cas ; conséquemment même diathèse, même nature de fièvre, même indication thérapeutique. L'opium, ingéré dans les voies digestives, a opéré avec la même efficacité dans les six cas. Or, comment a opéré cet agent thérapeutique ? Ce n'est pas, apparemment, par une action directe ou spéciale sur le système utérin dans le premier cas, sur les muscles ou les nerfs des parois thoraciques dans le second cas ; c'est sans aucun doute en modifiant l'action des centres nerveux : il a donc agi sur la diathèse.

Tels sont les motifs qui m'ont fait réunir ces six observations sous la dénomination commune de fièvres nerveuses. La dernière est si remarquable, et présente d'ailleurs des analogies si importantes avec la maladie d'Avignon et de Strasbourg, que je ne puis me dispenser de la reproduire en entier, ainsi que la leçon de clinique dont elle fut le sujet. Je n'aurai garde de changer un seul mot à cette leçon : bien qu'elle date d'environ 13 ans, elle aura encore le mérite de l'actualité, en présence de l'épidémie décrite par MM. Forget et Chauffard.

Fièvre nerveuse avec cécité et trismus, suite d'une colique saturnine méconnue.

« Un peintre en bâtiments, âgé de vingt-sept ans, blond,

maigre et pâle, mais assez vigoureux, éprouve, pendant quelques jours, des douleurs de ventre avec nausées et vomissements. Ses père et mère, chez lesquels il travaillait, reconnaissent à ces symptômes la colique de plomb, dont il avait eu déjà plusieurs atteintes, et se mettent en devoir de le traiter eux-mêmes. Il prend d'abord deux grains d'émétique dans trois verres d'eau, et, le surlendemain, un purgatif. Il se trouve mieux pendant quelques jours. Ensuite les douleurs reviennent, et l'on se décide à appeler un médecin. Celui-ci, homme instruit et recommandable, mais trop imbu peut-être de certaines théories, ne voit, dans le cas dont il s'agit, que les symptômes d'une *gastro-entérite*. En conséquence, diète rigoureuse, eau de gomme, et vingt sangsues sur le ventre, qu'on fait largement saigner sous un cataplasme. Les jours suivants, les douleurs n'ayant pas cédé, nouvelles applications de sangsues (trente en deux fois) : les dernières fournissent une énorme quantité de sang. Continuation de la diète, des boissons aqueuses, etc. Convalescence incertaine. Plus de douleurs vives dans le ventre, plus de nausées ni de vomissements. Inquiétudes et douleurs erratiques dans les jambes, dans les bras, dans le dos et dans la tête : affaiblissement notable de la vue, déjections alvines rares, mais en général liquides. Le malade reste faible, exsangue, languissant. Il demande avec instance quelques aliments qu'on lui refuse. Cependant il commence à se lever, ou plutôt à se traîner péniblement et à descendre un peu dans sa boutique. »

« Tel était son état le 21 juillet 1829, dans la matinée (douzième jour de la maladie). Tout à coup il est saisi d'une douleur violente à la tête ; il y porte ses deux mains

en disant : *Je n'y vois plus clair ; je n'en puis plus.* Il chancelle sur ses jambes, le regard incertain, égaré, et la parole embarrassée; bientôt il ne fait plus que balbutier quelques mots inintelligibles; on le transporte dans son lit. Il perd complètement la vue et la parole. Des lavements purgatifs et de forts sinapismes aux jambes ne changent rien à son état. »

« A dix heures du soir, appelé en consultation, je reconnais les suites d'une colique saturnine, et je conseille, mais presque en désespoir de cause, d'administrer sur-le-champ un purgatif drastique, et d'en venir immédiatement après à l'opium. La nuit se passe sans qu'on ait rien fait de tout cela, soit à cause de la difficulté de l'exécution, les mâchoires étant serrées et la déglutition très-difficile, soit à cause de quelques hésitations du médecin ou de la famille. Le lendemain matin, on apporte le malade à la clinique au moment même de ma visite. Il est examiné aussitôt en présence de tous les élèves, et devient le sujet de la leçon du jour. Voici quelle était alors sa situation. »

« Décubitus sur le dos, face pâle, pupilles largement dilatées et immobiles, cécité complète ; serrement tétanique des mâchoires ; raideur moins forte, mais assez prononcée des muscles de la partie postérieure du col et du tronc ; agitation automatique des membres, surtout des jambes ; quelques cris inarticulés de temps en temps. Peau médiocrement chaude et sèche ; pouls petit, concentré, fréquent (environ cent dix pulsations par minute). Ventre plat, contracté, un peu élevé dans la région hypogastrique : la vessie paraît contenir une assez grande quantité d'urine, sans être tout à fait distendue. »

« On entr'ouvre de force les mâchoires, et l'on parvient, avec beaucoup de peine, à faire avaler de deux à trois gouttes d'huile de *croton tiglium* dans une cuillerée de tisane. On fait en même temps, avec la même substance, une embrocation autour de l'ombilic. Dans le cours de la journée et dans la nuit, le malade évacue quatre ou cinq fois dans son lit : les déjections sont liquides et aqueuses. La déglutition est moins difficile. On parvient, du soir au matin, à faire avaler trois grains d'extrait gommeux d'opium, dans une potion de trois à quatre onces, par cuillerées. »

« Le lendemain, 23 juillet, à la visite, on constate une très-légère amélioration : les pupilles se contractent un peu ; et tandis que M. le professeur Boyer introduit une algalie dans la vessie, le malade exprime la douleur que lui cause cette opération par un juron bien articulé. Je prends acte de ce fait comme de très-bon augure, et, partant, comme confirmatif de l'indication ; je prescris huit grains d'opium à prendre dans les vingt-quatre heures. (On a retiré par le cathéterisme environ une pinte d'urine.) »

« Le 24, au matin, les huit grains d'opium ont été pris exactement, ce qui fait onze depuis avant-hier ; et la maladie est jugée. Ce jeune homme croit sortir du tombeau ou d'une profonde léthargie : il ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé depuis deux jours. Il promène autour de son lit des regards étonnés, ne sachant pas encore où il est, et paraissant tout surpris d'apprendre qu'il est dans un hôpital. Il a eu, depuis hier, trois déjections alvines, et ses urines ont coulé naturellement. Il a recouvré la vue et la parole ; ses pupilles sont très-contractiles. Il ne

lui reste enfin de sa maladie qu'une certaine faiblesse de tête, et un trouble de la vue qui ne lui permet pas de fixer longtemps un objet. Il n'éprouve aucune espèce de douleur, et ne se plaint que de n'avoir pas dormi la nuit. La fréquence du pouls est peu diminuée. On continue l'opium à la même dose que la veille. »

» Le 25, le trouble de la vue est complètemet dissipé, et le pouls est descendu à quatre-vingt-seize pulsations. Cependant le malade n'a pas encore dormi, à ce qu'il assure. On diminue par degrés la dose de l'opium, et on le cesse entièrement le 29 juillet.

» A cette époque, retour du sommeil et de l'appétit. Convalescence parfaite.

» J'ajouterai, comme complément de l'observation, qu'ayant revu cet ouvrier le 20 mars 1850, j'ai appris de lui et de ses parents que depuis sa sortie de l'hôpital, qui datait alors d'environ huit mois, il avait constamment joui d'une fort bonne santé. Il n'avait pas eu la plus légère récidive de colique ni de mal de tête, ni de douleur d'aucune sorte, quoiqu'il travaillât beaucoup à la peinture. »

ANALYSE CLINIQUE DE CETTE OBSERVATION.

« Voilà, certes, un beau fait de médecine pratique. Il ne pouvait manquer de faire une grande impression sur les nombreux élèves qui en furent témoins, et qui tous s'attendaient à *une belle autopsie*.

» J'analysai et discutai devant eux les principales circonstances de l'observation, à peu près en ces termes :

« Vous venez de voir une affection cérébrale des plus graves, arrêtée dans sa marche par une médication énergi-

que, et qui a dû vous sembler fort hasardeuse : vous avez vu le malade, plongé depuis trois jours dans l'état comateux le plus profond, privé complètement de la vue, de la parole et de toutes ses facultés intellectuelles, ne se réveiller de cette effrayante léthargie qu'après avoir pris une dose énorme d'opium ! enfin, vous avez vu, sous l'influence de la même médication, qui a été continuée encore pendant six jours, la maladie marcher rapidement et sans obstacle à une heureuse terminaison.

« La première conséquence à tirer de cette observation, c'est que la maladie a été guérie par l'opium. Je n'imagine pas comment le scepticisme le plus rigide pourrait élever le moindre doute à cet égard. S'il s'agissait d'un de ces remèdes dont les effets sur notre économie sont équivoques ou indéterminés, de ces remèdes enfin qu'on appelle *innocents*, on pourrait dire, à la rigueur, dans un cas aussi extraordinaire, que la guérison a été spontanée et indépendante du remède. Mais quel est le médecin, pour peu qu'il ait réfléchi sur les effets bien connus de l'opium, qui oserait soutenir que ce remède, administré à haute dose dans le traitement d'une maladie cérébrale aiguë, ait pu n'être qu'indifférent et de nul effet ! La proposition diamétralement contraire ne serait-elle pas bien mieux fondée ? Ne pourrait-on pas dire, avec bien plus de raison, que donner l'opium en pareil cas, c'était jouer à *quitte ou double ;* que l'opium, s'il ne guérissait pas, devait nécessairement aggraver le mal et précipiter le malade au tombeau ? Ainsi, de cela seul que l'opium n'aurait pas nui, on serait fondé à conclure qu'il a puissamment contribué à la guérison, si son efficacité curative n'était pas surabondamment

démontrée par toutes les autres circonstances de l'observation.

» Vous pouvez donc poser en fait que ce malade a été guéri par l'opium.

» Mais, si vous vouliez conclure de ce fait que toute affection cérébrale qui se présenterait avec des symptômes analogues, ou même tout à fait semblables, devrait être traitée de la même manière et par le même remède, vous tomberiez dans une erreur funeste et qui pourrait faire de nombreuses victimes. Alors, non-seulement vous joueriez *à quitte ou double*, mais vous livreriez les malades à des chances qu'il vous serait impossible de calculer. J'expliquerai mieux ma pensée en entrant dans le détail des circonstances qui m'ont servi à établir le diagnostic *médical* ou thérapeutique, dans le cas particulier dont il s'agit.

» N'ayant été appelé qu'au douzième jour de la maladie, je trouvais d'abord une première donnée bien précieuse dans l'appréciation des effets du traitement employé jusqu'à ce jour.

« La maladie avait commencé par des douleurs de ventre, avec nausées et vomissements. Des *ignorants*, ayant cru apercevoir quelque analogie entre ces symptômes et ceux de la colique de plomb, dont le malade avait été plusieurs fois guéri sous leurs yeux, par des purgations réitérées, s'avisèrent de lui faire prendre, de leur propre autorité, un vomitif, et ensuite un purgatif ; mais comme ils n'obtinrent qu'une amélioration passagère, ils se crurent obligés en conscience, d'invoquer les lumières d'un *savant*. Ce savant était un docteur de l'école *physiologique ;* sa doctrine, qu'il possédait à merveille, était celle de l'*irritation* ; en conséquence, il ne vit là qu'une *irritation gastro-intes-*

tinale, qui avait dû être singulièrement exaspérée par le vomitif et le purgatif, et qu'on ne pouvait éteindre que par la diète la plus rigoureuse, l'eau de gomme et les sangsues. Aucun de ces moyens ne fut épargné.

« Cependant, au bout de douze jours de traitement, le malade semblait s'éteindre plutôt que la maladie : il n'y avait plus, à la vérité, douleur à l'estomac; mais il y avait douleur et malaise partout ; ce n'était plus une vive souffrance, mais un état de langueur et d'anxiété indéfinissable, lorsque, tout à coup, et sans nouvelle cause appréciable, on vit éclater les accidents cérébraux les plus menaçants.

« Il était dès lors bien évident, pour tout observateur impartial, que le traitement suivi jusque-là n'avait pas été salutaire, pour ne rien dire de plus ; et puisque l'on s'était trompé sur le choix de la médication, il était encore évident pour nous, d'après nos principes, qu'on s'était trompé sur le diagnostic, qu'on avait méconnu la nature de la maladie.

» Je dis que cela était évident pour nous, d'après notre manière de comprendre et de définir la nature d'une maladie ; car du point de vue de l'*anatomisme* ou du *physiologisme*, c'est tout autre chose : le diagnostic n'a pas besoin d'être justifié par le succès du traitement ; pourvu qu'il le soit par l'*autopsie*, c'est assez.

» Ainsi l'*anatomo-pathologiste* pur, et conséquent à sa doctrine, aurait commencé par former un *beau groupe* de tous les symptômes cérébraux que présentait notre malade; puis il aurait *diagnostiqué* une *belle* lésion cadavérique, telle que, un *ramollissement blanc*, ou plutôt *jaune*, dans quelque partie de la substance médullaire du cerveau, dans a protubérance annulaire, par exemple ; et, comme il

n'aurait trouvé, dans l'arsenal thérapeutique, aucun moyen de raffermir un cerveau vivant ramolli, il n'aurait pu que déplorer le sort d'un malheureux malade dévoué à une mort certaine, et attendre patiemment l'*autopsie*, pour justifier son diagnostic. Si, alors, il avait pu démontrer, le scalpel à la main, le ramollissement qu'il avait prédit, son succès médical eût été complet. Si, au contraire, il n'avait rien trouvé, il aurait encore essayé de justifier son diagnostic, en supposant quelque lésion organique *inappréciable (dans l'état actuel de la science)*, et beaucoup trop subtile pour être accessible à nos grossiers moyens d'investigation; ou bien, enfin, il aurait gravement disserté, pour établir, par le rapprochement d'autres faits analogues, qu'il existe des lésions vitales qui *simulent* des altérations organiques. Et qu'on ne m'accuse pas de rien exagérer; je ne fais que traduire ici ce que vous voyez et entendez tous les jours. C'est sur ce fonds d'idées que repose la philosophie anatomique, ou plutôt l'*anatomisme*, depuis une vingtaine d'années.

» Le médecin *physiologiste* aurait eu une tâche bien plus facile. Pour lui, il ne s'impose jamais de ces tours de force ou d'adresse dans lesquels se complaît l'*anatomisme*. Toute action d'un organe exagérée ou pervertie est une *irritation*, et voilà tout. Aussi son diagnostic est-il fort simple dans tous les cas; et, lorsqu'il n'est pas justifié par le succès du traitement, il ne peut manquer de l'être par l'*autopsie*. La moindre rougeur, soit vive, soit pâle, soit piquetée, soit striée, à la surface d'une membrane, ou dans le parenchyme d'un viscère, n'est-elle pas, au besoin, un indice certain d'inflammation ou au moins d'irritation? Et à défaut de rougeur, les congestions séreuses, les ramol-

lissements, les amincissements et les indurations, ne sont-ils pas des preuves d'une irritation plus ou moins prolongée? En un mot, toutes les altérations qui peuvent survenir dans la texture des organes, ne sont-elles pas des résultats de l'inflammation ou de l'irritation?

» Ainsi donc, chez notre malade, lorsque le trouble des fonctions cérébrales fut porté au plus haut degré, le médecin physiologiste devait nécessairement *diagnostiquer* une *gastro-entéro-céphalite*, et rien ne lui eût été plus facile que de justifier, par l'*autopsie*, non-seulement son diagnostic, mais encore son traitement. On n'aurait pas manqué de trouver, au moins, quelques traces cadavériques d'*irritation* dans le cerveau, de même que dans l'estomac et dans les intestins; et, comme les *conditions du traitement antiphlogistique* avaient été *rigoureusement remplies*, suivant la formule banale de l'école, le médecin physiologiste aurait été satisfait.

» Remarquons, à cette occasion, une différence assez notable entre le *physiologisme* et l'*anatomisme pur*. Ce dernier ne peut, en général, justifier par l'*autopsie* que son diagnostic. Lorsqu'il a trouvé, à l'ouverture du cadavre, l'altération de texture qu'il avait annoncée, son diagnostic est complétement justifié. Mais, le plus souvent, il ne peut rien inférer de cette altération de texture ni pour ni contr le traitement qui a été suivi; et cela, par une raison bien simple, c'est que, dans la très-grande majorité des cas, et notamment dans les maladies aiguës, les indications curatives ne sauraient être fondées sur les altérations de texture, qui, cependant, d'après cette doctrine, constituent la *nature* des maladies. Il suit delà que, pour l'*anatomo-pathologiste*, le traitement n'est pas fondé sur la nature de la

maladie, qu'il est presque toujours purement empirique, et qu'il n'a, pour ainsi dire, rien de commun avec le diagnostic. On conçoit dès-lors comment des hommes qui ne se piquent pas de beaucoup de suite dans leurs doctrines, peuvent en professant l'*anatomisme* être encore de bons praticiens.

» Le *physiologisme* est plus conséquent à ses principes, mais aussi plus dangereux dans la pratique. Pour lui, la nature de la maladie, c'est l'*irritation* dans presque tous les cas, (car l'*abirritation* est chose si rare que ce n'est pas trop la peine d'en parler), et le traitement est toujours fondé sur la nature de la maladie, par conséquent toujours le même, ou à peu près. Ainsi, chez notre malade, par exemple, après avoir *diagnostiqué,* au douzième jour, une *gastro-entéro-céphalite*, le médecin *physiologiste* eût été forcément conduit à continuer de plus belle la médication antiphlogistique ; et les traces d'inflammation ou d'*irritation* qu'il aurait trouvées après la mort, en justifiant à ses yeux le diagnostic, auraient aussi justifié le traitement. Il aurait conclu de l'*autopsie* que la maladie avait été bien connue et bien traitée, et que, le même cas venant à se présenter de nouveau, il n'y aurait rien de mieux à faire que de le traiter encore par les mêmes moyens : tant pis pour le malade s'il ne *supportait pas*, comme on le dit quelquefois, un traitemeut si méthodique, si *rationnel*, si bien approprié à la nature de la maladie !

» Ce n'est pas ainsi, de bien s'en faut, que nous avons raisonné, lorsque nous avons vu la maladie s'aggraver subitement et d'une manière effrayante, après douze jours d'une diète sévère, et d'un traitement antiphlogistique très-actif. Convaincus déjà, par ce seul fait, qu'on s'était

mépris sur sa nature, nous avons cherché à la mieux connaître; et comme, d'après nos principes, la nature d'une maladie, c'est-à-dire la *diathèse* ou le mode de réaction, peut dépendre de diverses circonstances relatives 1° à la cause; 2° aux dispositions individuelles; 3° aux influences extérieures, nous avons considéré toutes ces choses pour parvenir à la solution du problème.

1° *Cause* ou *principe morbifique*. Nous avons d'abord reconnu et constaté une cause spécifique de maladie, dont les effets sur l'organisme sont bien connus : je veux parler des émanations saturnines. Le malade avait vécu, dès son enfance, au milieu de ces émanations; il avait eu déjà plusieurs atteintes de la colique de plomb; sa maladie actuelle avait débuté par des symptômes qui pouvaient bien appartenir à cette espèce d'empoisonnement; le vomitif et le purgatif qu'on lui avait administrés les premiers jours, avaient produit un soulagement momentané; enfin, le traitement antiphlogistique le plus rigoureux n'avait pas empêché l'aggravation de la maladie. Toutes ces considérations auraient déjà suffi pour fixer notre diagnostic. Elles acquéraient une nouvelle force en les rapprochant des symptômes et de la marche de la maladie que nous avions sous les yeux.

» En considérant d'une manière générale les effets des émanations saturnines, nous voyons qu'elles affectent primitivement le canal intestinal, et le système nerveux ganglionnaire de cet appareil organique, dont la réaction s'exprime alors par un resserrement douloureux du ventre, avec constipation, nausées et vomissements. Lorsque la maladie se prolonge en passant à l'état chronique, on voit survenir d'autres symptômes qui annoncent l'affection

consécutive du système nerveux rachidien : ces symptômes sont les douleurs névralgiques et les paralysies des membres. Mais lorsque la marche de la maladie est très-aiguë, si elle parvient à son dernier terme, au lieu de rester limitée au système nerveux rachidien, elle se propage violemment au cerveau, et les malades meurent avec des convulsions tétaniques. Ce dernier cas était évidemment celui de notre malade, à cela près qu'il n'est pas mort, grâce à l'opium qui l'a guéri : la lecture attentive de l'observation suffit pour démontrer l'analogie de cette affection cérébro-spinale avec celle qui caractérise le dernier degré de la rachialgie saturnine.

» Ainsi, à ne considérer que la *cause* de la maladie, nous sommes déja sur la voie de sa *nature* et de son traitement. Nous savons, en effet, que cette cause affecte d'une manière spéciale, d'abord le système nerveux ganglionnaire du bas-ventre, et ensuite, de proche en proche, tous les centres nerveux, jusqu'au cerveau ; nous savons que la fièvre qu'elle suscite est caractérisée par une prédominance remarquable de la réaction des centres nerveux, et nous donnons à cette fièvre le nom de *fièvre nerveuse*, qui marque sa nature ou sa *diathèse*.

» 2° *Dispositions individuelles.* Ce jeune homme présentait tous les caractères extérieurs du tempérament nerveux. Il était de ceux qui, en général, et, quelles que soient les causes morbifiques qui les affectent, réagissent plus par le système nerveux que par le système sanguin.

» 3° *Influences extérieures.* Le temps était chaud et orageux ; les vents soufflaient de l'*Ouest* et du *Sud-ouest*. On observait, dans la ville, quelques cas de choléra-morbus, et d'autres fièvres nerveuses graves.

» Vous voyez que tout concourait à établir le diagnostic de cette fièvre nerveuse, et à nous fixer sur le choix de la médication sédative et anti-spasmodique, laquelle, en pareil cas, se résume presque toute entière dans l'emploi bien dirigé de l'opium.

» Il n'en est pas de même dans le premier degré de la rachialgie saturnine, ou colique des peintres. A cette époque, où la maladie n'affecte encore que le canal intestinal, et une partie très-circonscrite du système nerveux ganglionnaire, les vomitifs et les purgatifs drastiques, employés dans une mesure convenable, paraissent être le principal et le plus sûr moyen de traitement. Soit qu'ils agissent en excitant une réaction plus énergique et plus efficace que celle qu'avait provoquée la cause morbifique, soit qu'ils neutralisent directement les effets du poison, toujours est-il que leur efficacité est incontestable dans le traitement dit *de la Charité* : les préparations opiacées, qu'on n'emploie jamais à très-haute dose dans ce traitement, ne paraissent être qu'un moyen auxiliaire dans la première période de la maladie.

» Mais lorsque la réaction des centres nerveux est devenue générale, et qu'elle est portée à ce degré d'intensité qui constitue la fièvre, la médication sédative et antispasmodique doit être mise en première ligne; et comme l'expérience a appris qu'il y a une *tolérance* singulière pour l'opium dans les affections nerveuses de ce genre, surtout lorsqu'on observe des contractions tétaniques des muscles, on ne peut espérer de bons effets de ce remède qu'en élevant convenablement la dose. Aussi l'avons-nous portée à huit grains par jour, et nous l'aurions portée plus loin, si

le décroissement rapide de la maladie ne nous eût fait connaître que cette dose était suffisante.

« Je ne veux pas omettre de fixer votre attention sur une circonstance de la maladie qui aurait pu embarrasser le diagnostic. Vous savez tous que la constipation est un des symptômes les plus constants de la colique saturnine. Je n'ai pu constater si elle a existé chez notre malade avant le purgatif qui lui fut administré ; mais dans les jours qui précédèrent l'invasion des symptômes cérébraux, il paraîtrait, d'après le rapport des parents, qu'il y avait eu quelques déjections alvines liquides, rares et en petite quantité. Je n'ai pu rien savoir de positif sur la nature de ces déjections, qui n'étaient peut-être que quelques mucosités fournies par l'extrémité du gros intestin, ainsi qu'on l'observe dans quelques cas de constipation. Quoi qu'il en soit, cette circonstance ne m'a pas semblé assez importante pour infirmer un diagnostic si bien établi d'ailleurs. Et comme on ne saurait trop se défier de la constipation lorsqu'on emploie l'opium, surtout à haute dose, j'ai cru convenable de prescrire d'abord un purgatif. Quant au choix de l'huile de *Croton tiglium*, qui n'avait peut-être jamais été employée en pareil cas, il a été suggéré par l'impossibilité presque absolue de faire avaler quelque chose au malade, à cause du serrement tétanique des mâchoires ; et ce moyen, du reste, a satisfait parfaitement à l'indication.

« Telles sont les principales considérations qui ont dirigé le traitement dont vous venez de voir le résultat.

« Si le succès n'eût pas répondu à nos efforts, nous aurions pu, du moins, nous rendre ce témoignage, que nous n'avions pas agi d'après des idées préconçues ou des préjugés systématiques, et que nous n'avions négligé aucune

des données qui pouvaient conduire à la solution du problème. »

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Histoire académique du Magnétisme animal accompagnée de notes et de remarques critiques sur toutes les observations et expériences faites jusqu'à ce jour; par C. Burdin jeune et Fréd. Dubois (d'Amiens), membres de l'Académie royale de Médecine.

Un volume in-8° de 700 pages, à Paris, chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie royale de Médecine, rue de l'École de Médecine, 17. Et à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street, 1841.

Cet ouvrage de MM. Burdin et Dubois me fait faire de sérieuses réflexions. Comment! dans notre siècle qui prend en pitié la crédulité superstitieuse des siècles qui l'ont précédé, qui se vante de ne pas croire aux sorciers, aux possédés, aux revenants, aux diseuses de bonne aventure..., dans ce siècle si fier de sa raison et de sa sagesse expérimentale, il a fallu que deux savants académiciens descendissent dans l'arène pour montrer jusqu'où peut aller la crédulité fabuleuse de nos contemporains! Il a fallu que les courageux défenseurs de la vérité, Van Dale, Rabelais, Duncan, Héquet, de Haen, Thouret, eussent parmi nous des successeurs, et que ces successeurs attaquassent avec les armes sérieuses de la science, les sortilèges du

19e siècle désignés sous le nom de somnambulisme! Cela est pourtant; il faut bien le croire, puisque nous avons sous les yeux l'intéressant volume en 700 pages de MM. Burdin et Dubois. Et puisque les choses en sont à ce point, nous devons savoir gré aux deux écrivains qui ont accompli avec bonheur une tâche aussi ardue.

Voici l'exposé sommaire des matières traitées dans cet ouvrage.

Dans une introduction en 46 pages, les auteurs s'attachent à montrer le rôle assigné aux médecins dans la défense de la vérité, aux époques les plus reculées de l'histoire et aux temps modernes. Ils rappellent la lutte soutenue contre les oracles de l'antiquité, contre les sortiléges du moyen-âge, contre les possessions de Loudun, contre les trembleurs des Cévennes, contre les convulsionnaires de S. Médard, contre les exorcismes de Gassner, contre les prétentions magnétistes de Paracelse, de Maxwuèl, de Kircher et enfin de Mesmer. Dans cette lutte séculaire les médecins ont toujours tenu le premier rang et soutenu les premiers chocs.

Dans une première partie de leur ouvrage, les auteurs racontent l'histoire académique du magnétisme mesmérien; ils nous montrent le sycophante viennois aux premiers débuts de sa carrière, à Vienne et à Paris, ses prétentions, sa doctrine et ses succès dans les scènes du baquet, ses relations avec l'académie royale des sciences, avec la société royale de médecine, avec la faculté de médecine, avec le gouvernement, etc.

On lit ensuite : 1° les rapports public et secret rédigés par Bailly au nom des commissaires de l'académie royale des sciences et de la faculté de médecine; 2° le rapport ré-

digé au nom de la commission de la société royale de médecine, 3° le rapport contradictoire de M. de Jussieu, membre de cette commission, 4° un extrait très-étendu et très-varié de la correspondance de la société royale de médecine, relativement au magnétisme animal. Tous ces documents recueillis avec soin et discernement sont extrêmement précieux ; car ils complètent tout ce qui se rattache à l'histoire du magnétisme mesmérien, qu'il faut se garder de confondre avec le somnambulisme magnétique dont la découverte appartient à M. le marquis de Puységur, et qui règne aujourd'hui dans tout son éclat sur les ruines du mesmérisme dont il prétend n'être que la régénération.

L'histoire académique du somnambulisme magnétique intéresse plus particulièrement la génération actuelle, au sein de laquelle il a pris naissance et semble prendre un singulier développement. MM. Burdin et Dubois nous racontent avec esprit, sans cesser d'être sérieux, les origines du somnambulisme, ses premiers succès dans le petit village de Busancy, les essais merveilleux et les écrits de MM. Puységur et Deleuze. Ils nous font connaître ensuite les premières expériences tentées dans les hôpitaux, celles de M. Husson, de Georget, de Bertrand, et les premières relations de M. Foissac avec l'académie royale de médecine et avec l'académie des sciences. Enfin ils nous font assister aux fameuses discussions qui ont eu lieu à l'académie royale de médecine, à l'occasion des propositions du docteur Foissac, si courageusement appuyées dans l'inimitable rapport de M. Husson. C'était en 1825 (séance du 13 décembre) ; et en 1826 (séances du 10 et du 14 janvier, du 14 et du 18 février). Jamais l'académie ne parviendra,

malgré les efforts le plus savamment combinés, à détruire complétement l'effet prodigieux produit par M. Husson, rapporteur en 1826, au nom de la commission composée de MM. Bourdois, Itard, Gueneau de Mussy, Guersant, Fouquier, Leroux, Marc et Tilhaye. Le somnambulisme jouit paisiblement de son triomphe pendant onze ans, et c'est un de nos deux auteurs, M. Dubois, qui se chargea d'opposer à l'approbation de 1826, sa très énergique réprobation de 1837.

En effet, M. le docteur Hamard et, bientôt après, M. le docteur Berna, viennent réveiller la susceptibilité de l'académie et lui offrent des somnambules d'excellente composition, dignes à tous égards d'être soumis à l'expérimentation des incrédules dont le nombre s'était accru dans son sein pendant les onze dernières années. La discussion s'engage, et une nouvelle commission est nommée le 24 et le 31 janvier 1837. Cette commission, qui nomme M. Dubois son rapporteur, est composée de MM. Roux, Bouillaud, H. Cloquet, Emery, Pelletier, Caventou, Cornac et Oudet. On se rappelle le fameux rapport qui fut entendu dans les séances du 12 et du 17 août 1837, les débats qui s'ouvrirent dans les deux séances suivantes au sein de l'Académie ; la singulière institution du prix Burdin, qui suivit ces débats; les lettres et propositions d'une foule de magnétiseurs, de MM. Bierman, Bergeron, Ricard, Despinès, Willaume, celles surtout de M. Pigeaire; le voyage et les relations de ce magnétiseur avec la commission nouvellement instituée pour le prix Burdin, et le rapport de cette commission rédigé par M. Gérardin.

Toutes ces choses sont rapportées avec fidélité; une sage et calme critique permet de les voir sous leur jour véritable,

sans cesser un instant de rendre attrayante pour tous la lecture de ce grave écrit. Rappelons, pour le compléter, l'histoire récente des expériences de MM. Peisse et Dechambre, et les déceptions qu'elles portèrent dans l'âme du loyal et malheureux Frappart, que nous aimions tous, parce que les égarements de son imagination n'altérèrent jamais les rares qualités de son excellent cœur.

Terminons cet exposé sommaire comme nous l'avons commencé, c'est-à-dire par une sérieuse réflexion. MM. Burdin et Dubois nous ont représenté les médecins comme des défenseurs opiniâtres de la vérité, que l'on trouve toujours sur la brèche quand il s'agit de combattre et d'anéantir l'imposture. Tout en reconnaissant que les médecins méritèrent dans le passé ce bel éloge, ne pourrait-on pas s'affliger qu'il n'en soit plus tout à fait de même de nos jours, puisque, à mesure que nous avançons vers l'époque contemporaine, nous voyons s'accroître le nombre des médecins, qui, ambitionnant un rôle opposé, s'empressent de grossir ces rangs dans lesquels nous ne rencontrions autrefois que des étrangers ou des adversaires. Consolons-nous en rendant à la grande, à l'immense majorité des médecins de notre temps l'hommage que de tout temps on a rendu à ceux qui nous ont précédés.

Dr L. Cerise.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Journal des connaissances médico-chirurgicales. (Mai 1842.)

1. *Ophthalmie purulente des nouveau-nés.* — Au savoir et à l'intelligence, qualités si précieuses en médecine on doit joindre la sévérité dans ses jugements. M. le professeur Trousseau, qui possède une science incontestable, se laisse trop aisément peut-être entraîner au courant des idées qui le séduisent. Un traitement qui lui plait passe volontiers dans son esprit pour un spécifique assuré contre les affections, dans quelques espèces desquelles il peut convenir, et il est rare qu'il ne le mette pas un moment à la mode. Ce fut, d'abord, contre la pneumonie l'oxyde d'antimoine, maintenant tombé en désuétude; ensuite la compression méthodique qui guérissait tous les abcès du sein; mais qu'on applique seulement après leur ouverture, puis la Rathania, etc. Dernièrement sur la foi de ses cures dans la diarrhée et la dysenterie par le traitement du docteur Boudin, j'employai le nitrate d'argent à l'intérieur et en lavement chez deux malades atteints d'une diarrhée rebelle, l'un depuis deux mois, l'autre depuis trois semaines; mais au lieu d'obtenir aucune amélioration, les accidents survenus, me contraignirent, au bout de trois jours, de supprimer le traitement chez ces deux malades; j'eus au contraire à me louer de l'eau de Rabel, employée quelques jours après à la dose de vingt gouttes. Nous avons cru utile de rap-

peler ces circonstances à propos de la nouvelle note du même professeur, dont nous allons donner l'analyse, et qui fournit une preuve de la nécessité de se mettre en garde contre des préceptes peut-être trop légèrement formulés.

Voici le fait qui a donné lieu à cette note : Il existe, en ce moment, dans les salles de M. Trousseau un enfant, qui y entra dernièrement avec sa mère, à l'âge de quinze jours. Celle-ci était atteinte d'une leucorrhée qui avait quelques apparences blennorrhagiques. Deux jours auparavant, cet enfant avait été pris d'une double ophthalmie de bénigne apparence, mais qui, dès le lendemain, avait fait des progrès alarmants. Quand M. Trousseau le vit, les paupières étaient rouges et considérablement tuméfiées; en les entr'ouvrant, il s'en écoulait une grande quantité de mucus puriforme; la conjonctive était rouge et boursoufflée; il y avait chemosis; les deux cornées noyées en quelque sorte dans un flot de pus s'apercevaient un peu et semblaient n'avoir pas perdu toute leur transparence. Le cas était grave; on toucha la conjonctive avec une solution de cinq grammes de nitrate d'argent dans vingt-cinq grammes d'eau. Le lendemain les conjonctives étaient ramollies, la vision détruite et bientôt les yeux se vidèrent. La santé générale n'en fut pas altérée.

De ce fait, M. Trousseau tire les conséquences suivantes : 1° qu'on a eu tort, et lui tout le premier, de considérer comme légère l'ophthalmie purulente; 2° que la statistique est la plus déplorable des inventions modernes; que dans les cas légers on pouvait se contenter de lotions de melilot ou de cerfeuil et d'un collyre de sulfate de zinc ou de nitrate d'argent; mais que dans les cas sérieux et qui semblaient suspects, il fallait, sans hésitation, recourir à une médication énergique, savoir :

toucher deux fois le premier jour et une fois les jours suivants, fortement, avec la solution concentrée de nitrate d'argent (cinq grammes pour vingt-cinq grammes d'eau distillée). Voulant rassurer les praticiens contre l'énergie de ce traitement dans une affection, dont la gravité n'est que présumée : « Dans les ophthalmies légères, dit M. Trous-
» seau, le moyen que nous proposons ne peut jamais
» donner lieu à aucun accident, et dans les ophthalmies
» graves, il évite presque certainement la perte des yeux.
» Je dis pour l'ophthalmie ce que j'ai dit souvent pour
» l'angine couenneuse : quelle qu'en soit la cause et la
» nature, touchez la gorge avec l'alun et cautérisez avec
» l'acide hydrochlorique ou le nitrate d'argent. Si l'an-
» gine couenneuse était bénigne, et si elle ne devait pas
» se propager au larynx et produire le croup, vous avez
» fait une médication inutile, mais sans danger; et si
» l'angine était diphthéritique, vous avez préservé l'enfant
» du croup membraneux, maladie presque toujours
» mortelle. »

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés est redoutable, sans doute, et personne, que je sache, malgré ce qu'avance M. Trousseau, ne peut contester qu'elle puisse avoir, dans des circonstances données, des suites funestes. Tous les livres anciens et modernes les constatent, et d'ailleurs, les faits sont là. Mais s'ensuit-il qu'on doive s'alarmer sans sujet et à tout propos, et recourir, notamment dans la pratique civile, à des moyens énergiques, dans le but de prévenir des accidents, qui probablement ne se développeront pas? Car, enfin, M. Trousseau lui-même l'avoue : avant son accession à l'hôpital, il n'avait jamais vu survenir d'accidents à la suite de ces ophthalmies, quelque violents que fussent leurs symptômes. Il y a plus, rien n'indique, que depuis il ait été témoin

de beaucoup de faits semblables. Pourquoi, en effet, aurait-il rapporté ce fait unique, sans mentionner les autres? Parmi ses collègues, à l'hopital des enfants, plusieurs aussi affirment qu'ils guérissent cette ophthalmie à l'aide de moyens simples. M. Trousseau recommande aux praticiens de ne point s'effrayer de l'énergie du caustique, lequel est toujours sans inconvénient. Le cas qu'il rapporte n'est pourtant guère rassurant. L'application du médicament n'a été suivie d'aucun amendement, et la fonte des yeux a été subite. Que ce résultat soit dû à l'activité du mal, d'accord; mais, du moins, rien n'établit que si l'on avait mis en usage les sangsues aux oreilles, le calomel à l'intérieur, de fréquentes lotions calmantes, entremêlées d'instillations d'un collyre avec quelques centigrammes de nitrate d'argent ou de sulfate de zinc, on ne fût pas parvenu à maîtriser en tout ou en partie la violence de la maladie. Dans des conditions, en apparence aussi graves, l'emploi d'une pareille médication ne m'a laissé à regretter aucun désordre consécutif, tandis que dans des cas, qui ne paraissaient pas plus sérieux, j'ai vu à la suite de la cautérisation, même partielle, survenir des taies et des leucoma qui défiguraient et portaient un obstacle insurmontable à la vision.

Le nitrate d'argent semble éteindre l'inflammation; mais il n'en est pas toujours ainsi, et les effets de la solution concentrée sont surtout incertains. Je me souviendrai longtemps d'un homme pour lequel j'avais conçu l'espoir d'amoindrir un leucoma ancien avec le nitrate d'argent. Je le touchai très-légèrement avec un crayon bien effilé. A chaque toucher il arriva de la douleur et de la rougeur, et au troisième, les accidents furent portés au point de nous forcer à les combattre. D'après cela, je croirai difficilement que l'application d'une solution au cinquième

de nitrate d'argent sur un organe sensible comme l'œil, sur la cornée principalement, puisse être toujours aussi innocente que l'assure M. Trousseau, sur l'homme sain; et on pourrait en tenter l'essai sur les animaux : je suis persuadé qu'on ne toucherait pas la cornée bien des fois impunément avec cette liqueur. Une confiance absolue en ce moyen pourrait avoir de grands dangers dans une épidémie. Car, alors on serait exposé, comme cela n'est que trop souvent arrivé, sans doute, à attribuer à la maladie seule des insuccès, dont le traitement aurait à revendiquer sa part, ou à faire honneur à celui-ci du salut de beaucoup de malades qui auraient échappé à la fois et à la maladie et au remède; sans compter encore, que par là s'enracinerait le préjugé de la gravité d'un mal, qui aux yeux de ceux qui auraient adopté une autre conduite paraîtrait peu dangereux.

Quant à la sortie de M. Trousseau contre la statistique, on ne voit pas sur quel fondement elle repose. A notre époque, dit-il, on ne veut croire que les faits qui se passent sous nos yeux, et il rapporte à ce sentiment la naissance de la statistique, qui donne, comme des résultats généraux, des résultats qui ne dérivent que d'une observation écourtée. Juger des qualités d'une chose par le mauvais usage qu'en font quelques personnes, est un procédé peu logique. Serait-il raisonnable de détruire toute autorité parce que quelques chefs ont été tyranniques, ou de proscrire la religion parce que d'indignes ministres l'ont déshonorée? En tout il importe, ce nous semble, de séparer l'abus de l'usage. On a eu le tort de transformer un moyen en méthode et d'accorder de l'intelligence aux chiffres; mais faut-il, pour cela, rejeter le moyen et les chiffres qui peuvent conduire à de bons résultats? S'il est utile de compter les faits, il est meilleur encore

de les apprécier. La faute des prétendus statisticiens a été de former des unités avec les noms et non avec la nature et le génie des maladies, tandis que la statistique bien entendue, qui consiste à remplacer l'à-peu-près par le certain, conduit à faire des distinctions autant que besoin et à constituer de véritables unités thérapeutiques.

Si quelques orgueilleux ont réellement un dédain absolu pour les travaux de leurs contemporains ou de leurs devanciers, il serait injuste aussi de confondre avec eux les praticiens plus sages, qui savent que l'expérience personnelle est nécessairement circonscrite. Et, pour ramener la question au point qui nous occupe, on ne sait pourquoi un partisan de la statistique n'aurait point égard au fait que signale M. Trousseau. Certes, il en eût tenu compte, comme le médecin des enfants. Seulement sa conduite eût été différente; car, loin de conclure de ce cas exceptionnel à une règle thérapeutique invariable, de donner ce *résultat* très-*particulier* pour un résultat général, il eût, avant de se prononcer, attendu ou provoqué de nouvelles observations; au lieu de dire, vaguement : On dit ceci, on pense cela dans tel ou tel pays, il eût essayé de produire des preuves; enfin, pour vérifier l'opportunité de la médication conseillée par M. Trousseau, rassemblant les faits les plus identiques possibles, il eût comparé les effets des divers traitements, et en arrivant, je suppose, à cette proposition : *vingt fois le mal a été abandonné aux seuls efforts de la nature, ou soumis au traitement ordinaire, et dix-huit fois les suites ont été funestes; vingt fois, au contraire, la cautérisation a été employée et quinze fois de formidables accidents ont été prévenus*, n'eût-il pas, sans contredit par un résultat aussi nettement exprimé, porté dans l'esprit de son lecteur une conviction plus sûre, une foi plus pro-

fondé que par d'incertaines et mensongères allégations?

II. *Éléphantiasis des Arabes*; par M. Colson de Noyon. Geneviève Cavé, née dans une maison humide, où elle n'a cessé d'habiter, maigre, nerveuse, ayant constamment vécu dans la misère et les privations, ne mangeant jamais de viande, buvant de l'eau, quelquefois du cidre, rarement du vin, eut la petite vérole à l'âge de trois ans. A la suite de cette maladie il lui survint un engorgement de la lèvre droite de la vulve qui donnait lieu à un suintement continuel de matières sanieuses. Vers l'âge de douze ans cet engorgement ayant acquis du volume, un charlatan y posa un caustique, qui le détruisit : la plaie guérit après avoir suppuré cinq à six semaines ; mais bientôt la cuisse et le bas du ventre devinrent eux-mêmes durs et gonflés. Cependant l'éruption et le retour des règles s'opérèrent avec quelques difficultés et quelques troubles dans la santé générale. Plus tard le gonflement s'étant accru encore et ayant gagné la jambe, le même charlatan mit plusieurs cautères qui ne réussirent point ; puis un large vésicatoire sur la jambe. Par malheur, ce vésicatoire donna lieu à un phlegmon gangréneux qui détruisit une partie des chairs de la jambe et mit les os à nu. La malade resta près de deux ans au lit. Pendant douze ans la plaie se cicatrisa et se rouvrit à diverses reprises ; enfin elle se ferma définitivement à l'âge de trente-huit ans. Depuis lors, la tuméfaction a fait de continuels progrès. La cuisse qui est énorme, présente trente-sept pouces de circonférence, la cuisse saine n'ayant que onze pouces et demi. Elle est recouverte de croûtes épaisses, de couleur violacée par places, avec des éraillements et des tubercules plus ou moins volumineux. Au niveau de l'articulation le membre s'évide, et n'a plus que quatorze pouces de circonférence, le côté

opposé en ayant onze et demi. La jambe malade en a vingt-et-un, l'autre huit seulement. Au niveau de la malléole externe existent d'énormes végétations, des tubercules rouges et enflammés entre lesquels s'engendrent quelquefois des vers, et d'où s'écoule une exsudation séreuse. Le dessus du pied est comme recouvert d'une sorte de carapace, d'où sortent les orteils, comme la tête et les pates d'une tortue. L'épiderme a disparu sur une grande surface, et l'on y voit sourdre à travers la peau une pluie de sérosité. Cette malheureuse, grabataire depuis un grand nombre d'années, et qui n'avait recours qu'à des soins de propreté, mourut en octobre 1839 à cinquante-trois ans, après cinquante ans de maladie.

III. *Observation sur l'efficacité du seigle ergoté dans un cas de mole hydatidique;* par le docteur Cabaret. On trouve dans les auteurs, et le docteur Cabaret en cite plusieurs, des observations de môle hydatidique. Les symptômes en sont très-obscurs, et l'on doit regarder comme un heureux hasard le diagnostic juste qu'il a porté dans cette circonstance. Le ventre se développe comme dans la grossesse, et l'on attribue à cet état les symptômes qu'on voit apparaître. Seulement l'accroissement du ventre est en général plus rapide que dans la grossesse. Madame H.... éprouva après dix-huit mois de mariage une suppression de règles; elle eut des vomissements, du dégoût pour les aliments. Deux mois après, le ventre ayant acquis un grand volume, l'idée de grossesse se confirmait. Le 25 septembre 1833, c'est-à-dire au bout de quatre mois, elle ressentit des douleurs vives dans les lombes; une hémorrhagie utérine se déclara. M. Cabaret fut appelé. A son arrivée l'écoulement du sang avait diminué, mais les douleurs persistaient; et après s'être enquis de toutes les circonstances, il jugea à la présence

d'un corps mollasse dans le cul encore dur et peu dilaté, et au développement insolite du ventre qu'il avait affaire à une môle. Bientôt l'évacuation de débris de kystes le confirma dans cette opinion, et ayant inutilement employé différents moyens, pour déterminer les contractions utérines, il eut recours au seigle ergoté qui provoqua en peu d'heures l'expulsion du corps étranger. Cette môle pesait trois kilogrammes. Elle se composait d'une tige centrale, dont les ramifications nombreuses formaient une trame circulaire, formée de plusieurs couches superposées et réunies à une masse centrale d'un tissu mou, jaunâtre et facile à déchirer.

La masse des hydatides offrait un assemblage de vésicules à parois diaphanes minces, fragiles et remplis d'un liquide limpide et légèrement albumineux.

IV. *Chorée générale*, guérie par le camphre, par M. J. Thibaud, médecin à Nantes. L. Félix .... treizeans, nerveux, devient irritable, puis est pris successivement de phénomènes choréiques. M. Thibaud est appelé le 17 août 1840. Il ne peut que soupçonner, pour cause, l'onanisme. D'abord il administre, sans succès, la valériane, puis également sans succès les saignées et les purgatifs, qu'on a récemment recommandés; enfin il songe à donner le camphre, à six grains par jour en pilules et aussi en liniment. Dès le premier jour de cette médication, une amélioration sensible s'est manifestée; cette amélioration s'est soutenue, et un mois après, la guérison était complète.

V. *Appareil inamovible de blanc d'œuf, d'alun et d'étoupe.* Ce moyen, connu dans la science sous le nom d'étoupade de *moscati*, qui l'employait pour calmer la douleur et prévenir le gonflement dans les entorses et les luxations, est depuis quinze ans mis en usage avec

succès dans le traitement des fractures, par M. Chardon, D. M., à Chasselay (Rhône), qui le préfère aux autres appareils inamovibles, inventés depuis, et qu'il a essayés comparativement. Les motifs de cette préférence sont la simplicité des substances, qu'on trouve toujours à sa portée, la facilité de son application, la libre circulation des fluides dans le membre, qui résulte de la compression régulière qu'exerce le moule formé par cet appareil; enfin, l'action puissamment résolutive de l'alun qui entre dans sa composition, et auquel on peut ajouter encore de l'extrait de saturne ou de l'eau-de-vie camphrée. Au moyen de cet appareil, toutes les fractures traitées par M. Chardon ont été guéries promptement, sans aucun accident ni difformité. Voici comment on procède au pansement. On imite presque le bandage de Scultet. On prend un coussin de paille d'avoine, sur lequel on étend les lacs, les alèses, puis un carré de toile découpé en bandelettes, larges de deux pouces. Sur cette compresse sont placées l'une sur l'autre deux étoupades bien peignées, amoindries vers les extrémités, qui doivent se croiser; la longueur de la filasse doit être dirigée dans le sens circulaire du membre; on enduit alors les étoupades d'une forte couche du mélange emplastique; puis, après avoir fixé sur cet appareil le membre, dont la fracture vient d'être réduite, de manière à ce que le talon soit sur le plan incliné, un peu plus élevé que les autres parties, on termine le pansement, comme avec le bandage de Scultet. Cet appareil, qui ne doit être que médiocrement serré d'abord, se renouvelle le huitième jour, puis le vingtième, et vers le quarantième ou cinquantième. Dans les fractures avec plaies on fenêtre l'appareil.

Archives générales de médecine (Février 1842.)

Etudes statistiques sur les résultats des grandes opérations dans les hôpitaux de Paris; par M. Malgaigne, chirurgien de l'hospice de Bicêtre. Tout à l'heure nous prenions la défense de la statistique. Voici un mémoire qui vient de nouveau prouver combien ses données l'emportent sur les résultats que donnent de simples approximations, ou des allégations que l'intérêt ou l'amour-propre rendent trop souvent fautives. On s'étonne, vraiment, des erreurs grossières, faciles à vérifier et sur lesquelles la science et la pratique vivent depuis si longtemps. M. Malgaigne entre d'abord dans quelques considérations générales. Il établit, que, si pour fonder des règles dans les amputations, on s'est toujours appuyé sur les résultats et même sur les résultats chiffrés, on peut assigner deux causes aux dissidences qui partagent les opérateurs. La première, c'est que sous le nom de grandes amputations on a groupé indistinctement celles des membres inférieurs et des membres supérieurs: la seconde, c'est qu'en général on a eu recours à des exemples trop peu nombreux pour faire foi. Parfois on se trouve sur d'heureuses séries qui ne se reproduisent pas toujours. Mais, dit M. Malgaigne, il y a une cause d'erreurs bien plus puissante encore, c'est l'habitude de demander compte de ses succès à sa mémoire, habitude qui conduit à d'étonnantes illusions et explique les immenses différences des diverses pratiques.

Ainsi, après la bataille de Fontenoy, Boucher, associé de l'Académie, lut un mémoire où il déclarait qu'environ les deux tiers des amputés, surtout de la jambe, succombaient à la suite de l'opération. Il préconisait l'amputation immédiate. Faure, partisan de l'amputation secondaire,

citait dix cas à lui appartenant, tous terminés par la guérison et onze de Réad de Valenciennes, qui n'avait perdu que deux amputés. En 1761, Bilguer, chirurgien de l'armée prussienne, assurait que sur une foule d'opérés à peine si deux ou trois avaient été sauvés, et il mettait en doute si l'amputation ne devrait pas être abrogée. Benj. Bell, qui avait modifié les procédés de l'opération, réduisait au vingtième le chiffre de la mortalité. Sur treize amputés, après les journées de brumaire, M. Larrey prétendit en avoir sauvé onze par l'amputation immédiate; mais son aide-major, Al. Blondin, ne portait le nombre des succès qu'aux trois cinquièmes. Fercoc n'aurait eu que deux morts sur soixante, et Percy six sur quatre-vingt-douze, par la même méthode. Guthrie, après la bataille de Toulouse, annonce plus du quart d'insuccès par les deux méthodes; enfin M. Larrey, résumant sa pratique de vingt années, dit seulement avoir sauvé plus des trois quarts de ses opérés. Depuis lors, personne, remarque M. Malgaigne, ne voulait plus avoir de succès moindre, et cette proportion du quart des cures était passée, pour ainsi dire, en force de chose jugée.

Cependant, en septembre 1829, M. Larrey faisait part à l'Académie d'une note de M. Del Signore, chirurgien de l'armée égyptienne, à la bataille de Navarin, où sur trente-et-une amputations immédiates, il n'y avait eu qu'un seul mort; sur vingt-neuf secondaires, les deux premiers jours, onze morts, et sur huit secondaires du dixième au douzième jour, deux morts.

Les chirurgiens des hôpitaux civils ne voulurent pas rester en arrière. Dans une leçon du 4 février 1830, Dupuytren indique comme fruit de la réunion médiate, sur trente amputés six morts, sur vingt-neuf par la réunion immédiate neuf morts. M. P. Dubois donne la statistique

de trois années de la maison de santé ; sur vingt-cinq opérés par la réunion immédiate, M. Dubois père n'a eu que trois morts.

Enfin, dit M. Malgaigne, arrive l'époque de 1830, et avec elle l'occasion de pratiquer des amputations semblables à celles des champs de bataille ; mais les résultats n'en furent publiés que plus tard ; et telle était l'opinion commune, la loi presque de la médecine opératoire que sur quatre amputations on devait sauver au moins un opéré, et que sur le champ de bataille avec l'amputation et la réunion immédiate on pouvait espérer des succès beaucoup plus brillants. Sur ces entrefaites, et avec ces fermes convictions, je partis en 1831 pour la Pologne, où je restai attaché à la quatrième division d'infanterie de ligne, durant toute la campagne. Que mes espérances étaient belles ! et que toutes les circonstances, printemps, enthousiasme, victoire paraissaient favorables ! M. Malgaigne amputa immédiatement, réunit immédiatement ; les blessés furent dirigés sur Plok et Varsovie ; mais à son retour à Varsovie quelle ne fut pas sa consternation, lorsqu'au lieu des succès sur lesquels il comptait, chaque nouvelle qu'on lui donnait de ses opérés était, pour ainsi dire, un bulletin de mort ! On pense bien que plus d'un affligeant scrupule naquit dans l'esprit de M. Malgaigne. Mais quoi ! tous ses collègues étaient aussi malheureux que lui. A quelle cause attribuer ce désastreux résultat ? il n'en voyait point qu'on ne rencontre dans de pareilles circonstances. Alors le doute s'empara de lui, et il résolut de rechercher si ce doute avait un fondement réel.

Revenu à Paris, il s'aperçut, en suivant Dupuytren, aux journées de juin 1832, que cet illustre maître n'était guère plus heureux que son humble disciple. La mortalité fut si forte que Dupuytren s'efforça de l'expliquer

par la démoralisation des vaincus, appelant en témoignage ses succès de 1830; mais si l'on considère le relevé très-circonstancié des blessés de l'Hôtel-Dieu, présenté à cette époque de 1830 par M. Menière, on voit, touchant les grandes amputations : 1° sur onze amputations de cuisse neuf morts; 2° sur trois amputations de jambe trois morts; 3° sur dix de l'épaule et du bras cinq morts. Dans la même conjoncture, M. Larrey aurait perdu sept amputés sur seize. M. Roux, à la Charité, avait eu trois morts sur dix amputations immédiates, quatre morts pour quatre amputations secondaires; M. Richerand, en 1832, perdit huit amputés sur dix, onze sur quinze. Ainsi, en résumant tous ces cas, et dans des conditions meilleures que sur les champs de bataille, il y a donc eu sur 69 amputations 42 morts, et en ne comptant que celles des membres inférieurs, pour 40 amputations, 28 morts.

M. Malgaigne, dans la pratique des hôpitaux civils, *était encore réservé à d'autres désappointements*, et ce sont ces désappointements qui l'ont engagé à se livrer à des recherches statistiques exactes, dont nous ne ferons qu'indiquer les principaux résultats.

Du premier janvier 1836 au premier janvier 1841, nombre total des amputations dont il a été rendu compte au conseil des hôpitaux, 842 : mortalité générale, 332.

1° *Amputations de la cuisse* : — Une désarticulation coxo-fémorale, mort; — dans la continuité, 201; — morts, 126. De ce nombre, 46 pour causes traumatiques, plaies, brûlures, fractures, etc., 34 morts. Résultat qui prouverait que les amputations pour cause traumatique sont beaucoup plus périlleuses que les autres, malgré l'assertion de Percy et de Dupuytren, et principalement chez les enfants : 4 amputations, 4 morts.

2° *Désarticulation du genou*. — M. Velpeau, qui a

fait revivre cette opération, avait rassemblé des faits de guérison : 13 sur 14 ; mais on n'a pas publié les revers. Sur 9 amputés par cet habile chirurgien, par M. Blandin et par M. Laugier, il n'y eut que 2 guérisons. Elle est tombée en désuétude.

3° *Amputations de jambe*, 192. — 106 morts. 112 pour lésions organiques, 55 morts. 79 pour causes traumatiques, 50 morts. La mortalité des enfants pour causes traumatiques est également effroyable, tandis qu'elle est faible pour les lésions organiques.

4° *Amputations partielles du pied*. 38 opérés par différents procédés, 9 morts ; de ce nombre, 9 opérations pour causes traumatiques, 6 morts.

5 *Désarticulation scapulo-humérale*. — C'est dans ce cas qu'on a le plus exalté le mérite de l'art. Banrel rapporte dans sa thèse 60 succès. Larrey compte 90 guérisons sur 100. Percy 116 sur 70. Suivant les relevés de M. Malgaigne, sur 13 cas, il y a eu 10 morts; tous les opérés pour causes traumatiques au nombre de sept moururent.

6° *Amputations du bras*, 91. — 41 morts. — Amputations traumatiques, 30. — 17 morts.

7° *De l'avant-bras*, 28. — 8 morts, 11 amputations traumatiques, 3 morts.

8° *Amputation du poignet*. Généralement, malgré les répugnances de J.-L. Petit et de M. Larrey, on la pratique de préférence à celle de l'avant-bras. 16 opérés par diverses causes, 16 guérisons. C'est sans doute un hasard favorable.

9° *Amputation des métatarsiens*. D'un seul os, 8 : 7 guérisons, 1 mort.

10° *Amputation des métacarpiens*, 9. — 1 mort.

11° *Amputation des orteils*. 1° *gros orteil*, 43 desarticulations, 7 morts, proportion énorme ; 2° un des pe-

tits, 26, 1 mort. Préférable, par conséquent, à l'amputation du métatarsien correspondant; 3° de plusieurs orteils, 7, 1 mort; 4° phalange, 9, tous guéris.

12° *Amputation des doigts.* 1° Du pouce, 9 — 3 morts, sur 5 pas pour lésion physique; 2° de l'un des doigts, 130, 10 morts; 3° de plusieurs doigts, 13, 1 mort, série probablement heureuse; 4° des phalanges, 24, 1 mort.

En admettant que ces données étendues à une période de 5 années sur un aussi vaste théâtre, ne suffisent pas pour autoriser des conclusions formelles, on ne peut nier pourtant qu'elles soient de nature à ébranler sur plusieurs points importants les idées reçues.

Dans un prochain article, M. Malgaigne complétera ce document intéressant, dont nous donnerons la suite.

D. Delasiauve.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ANGLAIS.

Des lésions anatomiques de la fièvre continue. — Observations microscopiques sur la structure des foies gras. — Empoisonnement par l'hydrogène arsenié introduit par les voies respiratoires.

Des lésions anatomiques de la fièvre continue. — Ce point de vue de la grande question des fièvres, grandement négligé en Angleterre et en Allemagne, vient d'être repris dans ces deux pays avec beaucoup d'ardeur. Il nous paraît intéressant, de faire connaître à nos lecteurs les résultats de cette discussion.

Quelques pathologistes français avaient cru remarquer

une certaine ressemblance entre le travail d'ulcération des plaques de Peyer, dans la fièvre typhoïde, et l'affection tuberculeuse des intestins. Mais personne n'avait posé comme principe que dans la maladie typhoïde il y a production d'une matière particulière qui joue vis-à-vis de cette affection le même rôle que la matière tuberculeuse dans la phthisie, ou la matière encéphaloïde dans le cancer : que cette matière particulière n'est pas la cause des symptômes caractéristiques de la maladie, mais se produit sous l'influence des mêmes causes que ces symptômes ; enfin que cette cause est un trouble général de l'économie, une dyscrasie qui se manifeste par le dépôt dans certaines parties, et spécialement dans l'iléon, d'une matière d'une nature particulière qui ne se retrouve dans aucune autre maladie.

C'est la doctrine que vient d'émettre le professeur Rokitanski dans son troisième volume d'Anatomie pathologique. Voici l'exposé de ses idées à cet égard :

I. L'affection typhoïde est caractérisée au point de vue anatomique, par le dépôt d'une matière morbide particulière, qui subit pendant son cours une série de modifications.

II. Le lieu où s'effectue ce dépôt est variable et dépend de la relation spécifique qui existe, entre l'affection générale et certains organes. Les tissus dans lesquels s'effectue plus fréquemment ce dépôt, sont les membranes muqueuses et les ganglions lymphatiques : et (en Autriche du moins, où les observations de l'auteur ont été faites) la membrane muqueuse de l'iléon est le plus fréquemment affectée; mais le dépôt peut aussi se faire dans les bronches, dans le poumon, et même, mais plus rarement, dans le colon.

Les changements qu'éprouve le produit nouveau se

présentent avec leurs formes les plus caractéristiques dans l'intestin ; il suffit de les étudier en ce point.

Ces changements peuvent être divisés en quatre degrés ; 1° congestion ; 2° dépôt de la matière morbide ; 3° gonflement, ramollissement et expulsion du produit anormal ; 4° ulcération intestinale typhoïde.

Le premier degré correspond à la période d'irritation, et aux phénomènes catarrhaux et gastriques. On trouve un état de congestion des vaisseaux, un gonflement de la membrane muqueuse, surtout de la couche villeuse, occupant la plus grande partie de l'iléon, et marqué surtout dans certains points, notamment près du cœcum. Les ganglions mésentériques sont un peu gonflés, leurs vaisseaux sont gorgés de sang, leur tissu mou et élastique et leur coloration foncée.

Dans le deuxième degré, la congestion paraît moins forte ; elle semble formée aux points qui correspondent aux glandes de Peyer, et à quelques follicules séparés. Dans ces points, on observe des plaques elliptiques et arrondies, variant d'une à trois lignes d'épaisseur, lesquelles sont dues au dépôt d'une nature particulière dans les glandes de Peyer, et dans le tissu sous-muqueux. Un examen plus attentif fait reconnaître que la substance anormale est disposée de telle manière que la couche cellulaire la plus profonde qui est en contact avec le tissu musculaire, n'est point le siége de l'infiltration. Elle s'étend rarement au-delà de l'appareil folliculaire.

Le gonflement des ganglions mésentériques est plus considérable. Ils présentent le volume d'une fève, ou même d'une noisette ; leur couleur est rouge-bleuâtre ou grisâtre ; ils sont assez denses et paraissent infiltrés d'une matière lardacée.

Le troisième degré s'annonce à son début par le retour

de la congestion de l'iléon, laquelle devient fort considérable. Les vaisseaux sanguins, et spécialement les vaisseaux veineux du mésentère et de l'intestin, sont gorgés de sang visqueux d'un violet noir, et la membrane muqueuse paraît de nouveau gonflée et particulièrement les villosités : en comprimant ces dernières, on en exprime un fluide trouble d'un blanc grisâtre. Mais les changements les plus remarquables se produisent dans les plaques typhoïdes et dans les ganglions mésentériques qui deviennent spongieux et volumineux. Ces changements peuvent s'opérer de l'une des manières suivantes : ou bien la matière déposée prend l'aspect d'une matière grisâtre, médullaire, et se convertit, ainsi que la portion de membrane muqueuse, qui la recouvre et lui adhère, en une escharre d'un blanc bleuâtre sale, qui, se détachant par son pourtour se trouve éliminée en masse ou par portions ; ou bien la matière déposée se transforme en une substance molle, vasculaire, striée de sang, d'un rouge bleuâtre, fongeuse, qui devient la source d'abondantes hémorrhagies intestinales, et finit par être éliminée par petites portions.

Les ganglions mésentériques ont, à cette époque, atteint leur plus grand développement. Il en est qui ont le volume d'un œuf de pigeon, et même, près de la valvule iléocœcale, d'un œuf de poule. Leur tissu est injecté, assez résistant ; il se transforme en une pulpe molle d'un rouge grisâtre, présentant des traces évidentes d'épanchement de sang. Elle est alors molle et élastique et donne souvent une sensation très-nette de fluctuation.

Au quatrième degré, après l'élimination de cette substance anormale, il reste une perte de substance de la muqueuse intestinale, un ulcère typhoïde. La description de ces ulcères a été tant de fois donnée, qu'il est inutile

de s'y arrêter. Les ganglions mésantériques commencent à diminuer de volume par la résorption de la matière qui les infiltrait; mais ils conservent longtemps un volume plus considérable et une vascularité plus grande que dans l'état normal.

Quand l'affection typhoïde se localise dans la muqueuse bronchique, les phénomènes présentent de notables différences. Elle paraît toujours sous forme d'une congestion diffuse très-intense, avec tuméfaction et coloration foncée de la membrane, et sécrétion abondante de mucosités gélatineuses quelquefois brunâtres et striées de sang : cette altération affecte surtout les ramifications bronchiques du lobe inférieur du poumon. Lorsqu'elle occupe ce siége, la maladie ne va jamais au-delà du premier degré de la congestion typhoïde : elle ne va jamais jusqu'à produire dans le tissu de la muqueuse bronchique ce développement de matière morbide, qui est si considérable lorsqu'elle siège dans l'intestin. Ainsi, dans le typhus bronchique primitif, l'affection générale est localisée uniquement dans la membrane muqueuse bronchique, à l'exclusion de toutes les autres muqueuses, même celle de l'intestin, pour laquelle l'affection typhoïde a une prédilection si marquée. Dans bien des cas, il est vrai, cette dernière présente une altération reconnaissable des follicules; mais c'est une lésion secondaire et subordonnée à celle des voies respiratoires : et, dans quelques cas, il serait difficile de reconnaître là les caractères anatomiques de l'affection typhoïde, n'étaient les lésions concomitantes, l'engorgement de la rate, la congestion de l'extrémité pylorique de l'estomac, l'état du sang, le caractère typhique de la maladie en général, et surtout les modifications des ganglions bronchiques, lesquels éprouvent exactement les mêmes af-

térations que les ganglions du mésentère dans la maladie typhoïde intestinale. Ils sont gonflés, du volume d'un œuf de pigeon ou même de poule, d'un rouge bleuâtre, spongieux, friables, mous et infiltrés de matière typhoïde.

Cette forme se combine fréquemment avec le pneumo-typhus et le pleuro-typhus, et est certainement la cause du typhus exanthématiqne contagieux, et très-probablement du typhus d'Irlande et de l'Amérique du Nord, qui généralement ne s'accompagnent pas d'affection intestinale.

Quelquefois l'affection typhoïde du poumon est plus prononcée que celle des bronches; mais elle n'existe jamais sans que les bronches soient plus ou moins affectées.

Outre les organes que nous venons d'indiquer, le dépôt de matière typhoïde peut se faire dans beaucoup d'autres encore. Mais ce n'est plus alors que comme formation secondaire, déterminant des complications nombreuses qui impriment des caractères remarquables à la maladie.

III. La matière typhoïde a dans son origine, mais surtout dans les transformations qu'elle subit, la plus grande analogie avec la dégénération cancéreuse, et plus spécialement avec le cancer médullaire.

IV. L'affection typhoïde locale est une inflammation non pas franche et légitime, mais à caractère spécial typhoïde, caractère qui lui est imprimé par l'état maladif du sang.

V. Enfin, lorsqu'on ne rencontre de traces de la lésion typhoïde ni dans la muqueuse intestinale, ni dans aucune autre membrane muqueuse, c'est que l'affection ne s'est pas localisée et s'est bornée à l'altération du sang.

Ces opinions du professeur Rokitanski, deux médecins anglais, MM. J.-J. Drysdale et J.-R. Russell, viennent

de les adopter, et de les développer. Ils étudient avec soin les points de ressemblance qu'offrent le développement et les transformations de la matière tuberculeuse, avec les mêmes phases qu'éprouve la matière typhoïde. Ils trouvent entre les deux affections l'identité la plus parfaite.

Une deuxième question est traitée par les mêmes auteurs : la fièvre typhoïde du continent est-elle identique, à la fièvre typhoïde (*typhus Fever*) d'Angleterre et d'Amérique ? Cette question a été fort débattue depuis quelque temps, et jusqu'à présent la solution est restée indécise ou du moins contradictoire ; les uns avec M. Gerhard de Philadelphie admettant l'existence de deux maladies distinctes ; les autres pensant qu'il n'y a là que des modifications de deux maladies identiques au fond. De nouvelles lumières étaient donc désirables : sous ce rapport, les travaux de MM. Drysdale et Russell offrent de l'intérêt. L'analyse des symptômes amène les deux auteurs à reconnaître la plus grande analogie dans les deux affections.

Typhus anglais.—*Début.*—État de langueur ; céphalalgie peu forte ; sommeil agité ; perte d'appétit ; inaptitude à tout travail corporel ou intellectuel ; douleurs dans les membres inférieurs ; frissons passagers ; pouls petit, accéléré ; expression particulière des traits ; souvent épistaxis.

Fièvre typhoïde en France.—*Début.*—Désordres de l'appareil digestif ; expression particulière des traits ; inaptitude à toute contention intellectuelle ; céphalalgie intense ; douleurs dans les membres ; insomnie ; pouls vif et compressible ; très souvent épistaxis.

Symptômes du typhus anglais.—1° *Tête.*—Céphalalgie intense, surtout frontale ; idées confuses ; incohérence des idées ; délire ; stupeur ; figure congestionnée ; affais-

sement et langueur des traits ; suffusion des yeux ; intolérance de la lumière ; bourdonnements d'oreilles ; souvent surdité ou acuité surnaturelle du sens de l'ouïe.

2° *Organes digestifs.*—Langue couverte d'un enduit blanchâtre, jaunâtre et cendré, devenant plus épais et plus foncé à mesure que la maladie avance ; dents fuligineuses ; tension de l'épigastre ; nausées ; vomissements ; quelquefois constipation, d'autres fois, diarrhée, cette dernière plus rare ; urine très-colorée.

3° *Organes respiratoires.*—Accélération de la respiration ; toux légère ; râle muqueux.

4° *Peau.*—Éruption typhoïde, composée le plus ordinairement de taches elliptiques ou circulaires, ne faisant pas saillie au-dessus du niveau de la peau.

5° *Sommeil.*—Troublé ; les malades croient ne pas dormir.

6° *Organes des mouvements volontaires.*—Douleurs générales, surtout dans le dos ; prostration des forces ; tremblements des mains ; soubresauts des tendons.

7° *Sang.* — Noir, se coagule faiblement ; — pas de couenne inflammatoire.

8° *Marche.*—Commencement de la convalescence du douzième au vingtième jour.

Crises.—Pas de mouvements critiques bien évidents.

Symptômes de la fièvre typhoïde du continent.—1° *Tête.*—Céphalalgie frontale ; délire plus ou moins fort, surtout la nuit ; stupeur considérable ; traits de la figure exprimant l'affaiblissement et l'apathie ; suffusion des yeux ; surdité fréquente.

2° *Organes digestifs.*—Bouche sèche ; langue rouge à la pointe et sur les bords, puis brune et sèche ; lèvres sèches ; dents fuligineuses ; soif vive ; nausées, souvent vomissements ; diarrhée presque constante ; météorisme ;

gargouillement dans la fosse iliaque droite ; sensibilité du ventre à la pression ; urine rare et très-colorée.

3° *Organes respiratoires.*—Râle sibilant dès le commencement; toux légère; expectoration de crachats transparents.

4° *Peau.*—Éruption particulière apparaissant du septième au neuvième jour, consistant en taches arrondies, roses, disparaissant par la pression, ne formant pas de saillie au dessus du niveau de la peau.

5° *Sommeil.*—Insomnie ou sommeil troublé par des rêves que le malade confond avec la réalité; le malade ne croit pas dormir.

6° *Organes des mouvements volontaires.*—Contractilité musculaire affaiblie; faiblesse excessive; soubresauts des tendons; mouvements convulsifs.

7° *Sang.*—Ses changements ne sont pas constants.

8° *Marche.*—La terminaison a lieu en général du quinzième au vingt-cinquième jour.

9° *Crises.*—Pas de crises évidentes.

Tels étant les caractères des deux maladies, ajoutent MM. Drysdale et Russell, nous ne voyons pas comment il est possible d'en faire deux affections distinctes, sans s'exposer à établir une séparation arbitraire entre deux groupes de symptômes, qui ont entre eux plus de ressemblance que n'en présentent les cas de scarlatine dans une même épidémie. En fait, la seule différence un peu notable qui existe entre les deux groupes de phénomènes, c'est la prédominance de l'affection intestinale dans la fièvre typhoïde continentale. Mais lorsque le typhus anglais s'accompagne de diarrhée abondante et de sensibilité du ventre, ce qui n'est pas rare, peut-on en faire une maladie particulière? Non certainement, non plus qu'un médecin français n'hésiterait à reconnaître une fièvre

typhoïde alors même qu'il n'y aurait pas de diarrhée ou de douleur abdominale.

Les dissemblances qui existent entre ces deux formes ne font que corroborer la doctrine que nous avons adoptée sur la nature de l'affection. Dans les deux cas il y a la même dyscrasie, donnant lieu aux mêmes symptômes généraux. En France cette dyscrasie se manifeste par le dépôt dans différents organes d'une matière particulière, qui se rencontre le plus souvent dans l'iléon ; aussi les symptômes intestinaux sont-ils prédominants. En Angleterre ce dépôt de matière morbide est plus rare ; mais les symptômes généraux sont identiques et dépendent de la même cause pathologique, ou de la dyscrasie typhoïde.

(*The London and Edinburgh Monthly, Journal of Medical science.* N° 4. April. 1842. p. 342.)

Observations microscopiques sur la structure intime des foies gras. Par M. Bowmann.

Cette altération si fréquente dans la phthisie et qui offre cette particularité bien remarquable, de n'apporter aucun trouble dans la circulation veineuse du foie, a été jusqu'à présent mal étudiée.

M. Bowmann a eu occasion de faire sur ce sujet quelques remarques curieuses qui lui ont permis de préciser le siége qu'occupe l'élément graisseux.

Il commence par rappeler en quelques mots la structure des lobules du foie. M. Kiernau a bien décrit l'élément vasculaire de ces lobules ; il consiste en un plexus capillaire interposé entre les veines portes et hépatiques. Le diamètre des capillaires de ce plexus est considérable : il égale le double du diamètre d'un globule sanguin ; tandis que le diamètre du vaisseau capillaire des autres tissus est égal ou même moindre (dans les muscles, par exemple) que celui d'un globule de sang. Ce grand diamètre

des capillaires du foie, a pour but d'obvier probablement au défaut d'impulsion du sang dans la veine porte. Le plexus portal hépatique existe partout dans le foie et présente des aréoles de dimensions égales, en quelque sens qu'on fasse la section. Ces aréoles ne sont pas en général plus larges que le diamètre des vaisseaux qui les forment.

Dans les interstices de ce plexus capillaire, se trouve la portion sécrétante des conduits biliaires. Si l'on examine au microscope, avec un fort grossissement, une tranche très-mince d'un lobule non injecté, on voit qu'il est entièrement formé de petites particules, irrégulières, angul euses, contenant chacune un nucléus circulaire ou ovale, dans l'intérieur duquel existent un ou deux petits points, le *nucleolus*. Ces particules ont une forme bien nette, sont un peu épaisses et ont un aspect granulé, Elles contiennent aussi ce qui est fort remarquable, un ou deux, ou même plusieurs globules de matière grasse, placés irrégulièrement et souvent de volume différent. Voilà pour l'état normal.

Dans l'état gras du foie, les particules nucléées, au lieu de contenir quelques globules petits et épars, en sont presque remplies : ce sont des masses de matière grasse qui distendent les cellules et cachent plus ou moins complétement les *nuclei*. Ce n'est donc que l'exagération de l'état normal et non pas une production d'un produit nouveau, comme dans le cas où la graisse se dépose dans un tissu où on ne le rencontre pas ordinairement. Cet état indique une suractivité de l'action sécrétoire du foie, avec rétention de la partie grasse du produit sécrété. Mais pourquoi cette portion n'est-elle pas éliminée comme cela a lieu dans l'état normal ? C'est ce que nous ignorons complétement.

(The Lancet, n° 17, 1842).

Empoisonnement par l'hydrogène arsenié introduit par les voies respiratoires, par le docteur Oreilly. — Un chimiste distingué de Dublin respira environ 150 pouces cubes de gaz qu'il croyait être de l'hydrogène pur. Immédiatement il fut pris d'étourdissement et de syncope, puis de frisson, pendant lequel il y eut une selle liquide, et sortie de deux onces de sang par l'urètre. Bientôt douleur, puis engourdissement dans les membres. Au bout de deux heures, ces symptômes s'appaisèrent, puis survinrent un lumbago et des vomissements continuels pendant quatre heures; pouls faible à 90. Froid de tout le corps : douleur sourde à l'épigastre; perte presque complète de la voix.

Le lendemain 24 octobre 1841, les vomissements persistaient, le malade n'avait pas uriné; le pouls à 80 était fort; hoquets; les jours suivants, les mêmes symptômes continuèrent, le malade s'affaiblit et mourut six jours après son accident. Il n'avait pas uriné une seule fois; le cathéter ne fit pas retirer d'urine de la vessie.

A l'autopsie on trouva le cerveau sain et presque exsangue; les poumons sans lésion appréciable. Deux pintes de liquide brunâtre dans les plèvres. Le cœur pâle et flasque; pas de sang dans les cavités : un peu de sérosité dans le péricarde.

Le foie était d'une coloration bleue indigo foncée; son volume était normal. La vésicule biliaire distendue par de la bile. L'estomac vide présentait deux taches rouges à sa grande courbure.

Les reins avaient une coloration bleue indigo foncé; le gauche était très-volumineux et ressemblait par sa texture à la rate; le droit était plus petit et résistant, la vessie était vide.

Pour s'assurer de la pureté de l'hydrogène, dont s'é-

tait servi le malade, on prit de l'acide sulfurique, du zinc et de l'eau qu'il avait employé. Le gaz obtenu contenait une notable proportion d'arsénic.

On put retrouver des traces d'arsénic dans le liquide contenu dans la cavité de la poitrine.

Dublin, *Journal of medical science*. Vol. 20, p. 422.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Avril et Mai 1842.)

Dissolution des calculs urinaires. — Composition de l'air atmosphérique. Empoisonnement par le bi-oxalate de potasse. — Traitement des rétrécissements de l'urètre. — Composition de la substance grasse du lait. Dissolution des calculs urinaires. — Dissolution des concrétions urinaires.

Séance du 4 avril. — *Dissolution des calculs urinaires.* — M. Petit adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

Dans une des dernières séances de l'Académie, il a été fait un rapport sur plusieurs communications de M. le docteur Leroy-d'Etiolles, *relatives à la dissolution des concrétions urinaires.*

Ayant employé les eaux de Vichy comme moyen dissolvant de ces concrétions chez un assez grand nombre de calculeux, je crois devoir vous adresser, à l'occasion de ce rapport, le résultat de mes observations, afin de mieux fixer l'opinion sur le degré d'efficacité, dans ce cas, des boissons alcalines.

Je répondrai en même temps à une objection encore une fois renouvelée contre l'emploi de ces boissons, et qui ne me paraît nullement fondée.

On veut bien ne pas contester l'efficacité des eaux de Vichy, et en général des boissons alcalines, contre la gravelle, et même, avouer que cette efficacité est généralement reconnue.

On veut bien aussi ne pas nier complétement qu'il soit possible d'obtenir la dissolution ou la désagrégation de certains calculs urinaires; seulement on croit que ce résultat ne peut être obtenu que dans des cas fort rares.

Il serait, en effet, difficile de pouvoir nier tout à fait aujourd'hui la possibilité de semblables résultats : car si les faits de dissolution qui ont été recueillis soit par moi, soit par d'autres médecins, n'ont pas toujours été constatés rigoureusement, parce que les malades, une fois guéris ou au moins n'éprouvant plus aucun symptôme de la pierre, n'ont plus voulu consentir à se laisser sonder, il est cependant des cas dans lesquels l'exploration a été faite avant et après le traitement, et qui, par conséquent, démontrent de la manière la moins douteuse la possibilité de réussir au moins quelquefois. Toutefois je n'ai jamais prétendu que l'on dût toujours réussir complétement; je sais, ainsi que le dit M. le rapporteur, car je l'ai dit avant lui, que, lorsque les calculs sont très-volumineux, et que surtout ils ont une grande dureté, une cohésion telle, qu'ils ne peuvent être que difficilement pénétrés par les alcalis, et que, par conséquent, le mucus qui leur sert de lien et en quelque sorte de ciment ne peut être que faiblement attaqué; je sais, dis-je, qu'alors leur désagrégation est nécessairement très-lente, et peut être même, dans quelques cas, tout à fait impossible;

d'où il résulte que, dans ces circonstances, bien qu'on soulage presque toujours les malades, on en trouve peu qui aient assez de persévérance pour attendre leur guérison complète de la seule action des boissons alcalines. Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins démontré pour moi, aujourd'hui, que toutes les fois que les calculs ne seront pas très-volumineux, ni d'une trop grande dureté, il y aura de très-grandes probabilités de pouvoir les détruire complétement au moyen des boissons alcalines. Bien entendu que je n'entends pas parler ici des calculs d'oxalate de chaux qui, lorsqu'ils seront purs, résisteront probablement toujours à cette médication.

Mais je veux surtout répondre à une objection contre l'emploi des boissons alcalines, objection déjà soulevée par Proust et par Marcel, et que renouvelle M. Leroy-d'Etiolles : c'est que l'usage, long temps continué de ces boissons, et à doses élevées, peut, en neutralisant les acides libres de l'urine, favoriser la formation de calculs de phosphate et de carbonate de chaux et de magnésie.

La théorie a dû peut-être faire naître une semblable crainte ; mais cette crainte n'a jamais été justifiée par la pratique. Ainsi, M. le docteur Lucas, qui, pendant trente-deux ans, a administré les eaux de Vichy à un très-grand nombre de malades, a répété souvent à un honorable membre de l'Académie des sciences, M. d'Arcet, qui s'est beaucoup occupé de l'action des eaux de Vichy, et qui en fait personnellement, depuis plus de quinze ans, un usage constant, qu'il n'avait jamais observé de calculs d'aucune espèce chez les malades qui venaient habituellement à Vichy. D'un autre côté, ne sait-on pas que les ouvriers qui passent une partie de leur vie dans les fabriques de soude, et qui ont presque toujours l'urine alcaline, se portent parfaitement, et n'ont jamais

la pierre? Si je consulte ma propre expérience, je puis assurer que je connais un très-grand nombre de malades qui font un usage habituel, et déjà depuis bien des années, soit d'eau de Vichy naturelle, soit de bicarbonate de soude, et que, quoique quelques-uns d'entre eux fussent graveleux ou calculeux auparavant, non-seulement ils n'ont plus ni gravelle, ni pierre, mais que leur urine est toujours dans l'état le plus satisfaisant, et que même leur santé générale paraît s'être sensiblement améliorée sous l'influence de ce moyen.

Si l'on a rencontré quelques calculs phosphatiques chez quelques malades qui avaient fait usage de boissons alcalines, il est plus que probable que ces calculs existaient déjà avant l'emploi de ces boissons, ou que l'on avait affaire à des sujets qui avaient, avec la pierre, quelque affection grave des voies urinaires, ou quelque obstacle à l'excrétion facile de l'urine, ce qui amène presque nécessairement, par suite du séjour de l'urine dans la vessie, un catarrhe purulent, et l'état ammoniacal de l'urine. Ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est que M. Leroy-d'Etiolles avoue lui-même que ce n'est que dans de semblables circonstances qu'il a vu se développer des calculs phosphatiques.

Agréez, etc.

Séance du 11 avril. — *Composition de l'air atmosphérique.* — M. Dumas fait connaître à l'Académie les résultats des analyses faites par M. Stass, de Strasbourg, sur la composition de l'air atmosphérique. Dans douze expériences, il a trouvé, pour les proportions d'oxigène et d'azote, exactement les mêmes nombres que M. Dumas avait obtenus à Paris.

Deux fois seulement, au lieu de $\frac{211}{1000}$ d'oxigène, l'ana-

lyse lui a donné $\frac{211}{1000}$ sans qu'aucune cause apparente de variation dans la quantité des éléments de l'atmosphère ait pu expliquer cette discordance légère et accidentelle.

Séance du 18 avril. — *Empoisonnement par le bi-oxalate de potasse.* — M. Bodichon donne connaissance de l'accident suivant qui a eu lieu sous ses yeux. Un médecin ayant prescrit une once de tartrate de potasse à prendre en deux fois, le pharmacien donna par mégarde du bi-oxalate de potasse. Le malade prit la dose entière, et succomba aux accidents qui suivirent l'ingestion de cette substance. L'auteur s'est livré à quelques expériences sur les animaux dans le but de constater les effets du bi-oxalate de potasse, et il a vu qu'après son administration il survient une sorte de paralysie.

Traitement des rétrécissements de l'urètre. — M. le docteur Guillon envoie à l'Académie la relation d'un nouveau cas de guérison d'un rétrécissement de l'urètre. C'était un rétrécissement fibreux, de la nature, par conséquent, de ceux que beaucoup de médecins regardent comme incurables. Le malade a été guéri en peu de jours. L'incision convenablement pratiquée, dit M. Guillon, guérit radicalement, et quelquefois assez promptement, les rétrécissements de l'urètre. Jusqu'ici je n'en ai pas encore rencontré d'incurables, quoique j'en aie traité environ une centaine, et notamment plusieurs jugés tels par des confrères fort habiles. Après ce traitement, je n'ai pas non plus observé jusqu'ici de rechute.

Cette note est renvoyée à la commission nommée pour examiner les communications précédentes de M. Guillon.

Séance du 25 avril. — *Composition de la substance grasse du lait.* — M. de Romané lit un mémoire inti-

tulé : *de la substance grasse du lait, des modifications qu'elle subit et du rôle qu'elle joue dans la nutrition.*

Tout le monde sait que le lait tient en suspension des globules d'une nature particulière, qui, en vertu de leur pesanteur spécifique, tendent à s'élever vers la partie supérieure du liquide, et forment le beurre lorsqu'ils sont réunis entre eux par l'opération du barattage. On avait pensé que, dans le moment de la formation du beurre, il se passait un phénomène chimique, une combinaison de la substance grasse avec l'oxigène de l'air ; mais MM. Thénard et Donné ont détruit cette opinion, en montrant qu'on peut également faire du beurre dans le vide. M. Buévenne regarde les globules butyreux du lait comme le résultat d'une simple division de la matière grasse ; mais s'il en était ainsi, il suffirait, pour former le beurre, de les réunir en faisant bouillir lait.

Après ce coup-d'œil sur les opinions émises par les auteurs, M. de Romané établit les propositions suivantes :

1° Au moment de son émission, le lait renferme des globules dans lesquels le beurre existe à l'état parfait ;

2° Ces globules contiennent tous du beurre et rien que du beurre ;

3° Le beurre s'y trouve sous forme d'une matière pulpeuse, enveloppée d'une pellicule blanche, mince, translucide, élastique ;

4° L'opération du barattage ne détermine la formation du beurre qu'en rompant ces enveloppes ; il n'y a là qu'une action mécanique, et ce qui le prouve, c'est que la proportion du beurre obtenu avec une même quantité de lait est subordonnée à la durée du barattage ;

5° Si le beurre se forme presque instantanément, après un certain temps de barattage, c'est que la cohésion des globules et la tenacité de leurs enveloppes étant à peu près

les mêmes pour tous, ils doivent en effet céder en même temps à la cause qui agit pour les rompre;

6° Ce sont les débris des pellicules qui donnent au lait de beurre la teinte trouble qu'il présente;

7° Ce qui cause l'acidité du lait de beurre, c'est le mélange de l'acide qui était contenu dans les globules et qui, une fois les enveloppes rompues, se répand dans le liquide.

Cette admirable organisation est parfaitement propre à seconder les vues de la nature. Sans la solidité de leur enveloppe, les globules céderaient à la pression que la langue exerce dans l'acte de la succion, ou à la chaleur des premières voies; et le beurre étant mis à nu dans l'estomac, les organes délicats des jeunes animaux ne pourraient en opérer l'assimilation. L'auteur s'est assuré, en effet, que les enveloppes des globules résistent à une pression et à une chaleur bien plus fortes que celles qu'ils ont à subir en parcourant le canal intestinal.

(Commissaires; MM. Dumas, Boussingault et Payen.)

Dissolution des calculs urinaires. — M. Longchamps présente quelques réflexions au sujet du rapport fait sur le mémoire de M. Leroy-d'Étiolles. M. le rapporteur, dit M. Longchamps, pense que, lorsqu'on fait usage des eaux alcalines, les phosphates terreux tenus en dissolution dans l'urine, à la faveur des acides libres qu'elle renferme, doivent se précipiter par la neutralisation de ceux-ci et donner parfois naissance à des calculs de phosphate et de carbonate de chaux et de magnésie. Cette allégation serait de nature à effrayer les personnes qui vont prendre les eaux de Vichy ou autres semblables. M. Longchamps la combat et soutient que l'emploi des alcalins, loin de favoriser la formation des concrétions de phosphates et de carbonates, en opérera toujours plus

ou moins la dissolution dans un temps donné. A la vérité, cette dissolution ne sera pas toujours complète ; mais il faut remarquer que, outre les particules salines, le calcul contient encore une matière animale, sur laquelle les alcalins n'ont pas d'action. Peut-être serait-il avantageux pour la détruire, de faire, au bout d'un certain temps d'usage des eaux de Vichy, des injections dans la vessie avec de l'acide phosphorique étendu d'eau. D'ailleurs, ajoute M. Longchamps, c'est surtout le matin que l'on prend les eaux alcalines ; et, à ce moment de la journée, la vessie ne contient pas l'urine de la digestion, mais plutôt celle de la boisson ; les sels dont on craint la décomposition ne s'y trouvent donc pas alors en grande quantité.

M. Pelouze : Toute l'argumentation de M. Longchamps repose sur cette idée que le bi-carbonate alcalin que les malades prennent, passe dans les urines à cet état ; mais c'est une opinion erronée, et il suffit de la signaler sans entrer dans de plus longs développements sur les autres réflexions de l'auteur,

Séance du 2 mai. — *Dissolution des concrétions urinaires.* — M. Ch. Petit adresse la lettre suivante :

« Après le rapport de M. Pelouze sur plusieurs communications de M. le docteur Leroy-d'Etiolles, *relatives à la dissolution des concrétions urinaires*, j'avais cru pouvoir me borner, pour toute réponse, à la lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser le 3 du mois dernier ; mais ce rapport ayant jeté de l'inquiétude dans l'esprit de beaucoup de malades, j'ai cru devoir vous adresser encore quelques observations, afin de mieux démontrer que tous les arguments sur lesquels on se fonde pour dire que les boissons alcalines *peuvent, dans quelques*

circonstances, déterminer des dépôts calculeux dans la vessie, sont autant d'erreurs.

» Si l'on écoute M. Leroy-d'Etiolles, il semblerait que toutes les fois que l'on rencontre des calculs phosphatiques dans la vessie, on doit les attribuer à ce que les malades ont fait usage de boissons alcalines. En lisant le rapport de M. Pejouze, on pourrait croire qu'il adopte cette opinion ; et, dans tous les cas, ce savant chimiste me paraît avoir trop oublié que l'on rencontre journellement des calculs phosphatiques chez des malades qui n'ont jamais fait usage de boissons alcalines.

» Depuis plusieurs années, M. Leroy-d'Etiolles s'appuie sur une prétendue opinion de M. Prunelle pour dire et répéter jusqu'à satiété que les eaux de Vichy peuvent donner la pierre. Malheureusement M. Pelouze n'a pas cru devoir vérifier l'assertion de M. Leroy, et on trouve dans son rapport le passage suivant : « Il y a des malades qui, *presque aussitôt après avoir été soumis au régime des eaux alcalines,* rendent une quantité très-considérable de graviers et de poussière d'acide urique. Quelques-uns en rejettent avec leur urine une quantité telle que, d'après M. Prunelle, si on voulait les supposer tout formés dans le rein, il faudrait que celui-ci eût une capacité plus grande que l'estomac. »

» Si M. Pelouze avait lu la lettre de M. Prunelle, qui a été publiée dans les bulletins de l'Académie de médecine, il y aurait vu que M. Leroy-d'Etiolles a donné à une phrase de ce médecin un sens qu'elle n'avait pas; que M. Prunelle ne dit pas et qu'il n'a jamais dit que la gravelle pouvait se former sous l'influence des boissons alcalines; et j'ajouterai qu'il n'a pas pu le dire, parce que ce serait contraire à tout ce qu'on observe. M. Prunelle dit, au contraire, dans cette lettre, que les eaux de Vichy,

de même que toutes les eaux également alcalines, sont le meilleur moyen d'empêcher la formation de la gravelle.

» Dans une lettre que l'Académie a reçue dans sa dernière séance, M. Longchamp dit que, lorsque les boissons alcalines ont pénétré dans la circulation, et que, par conséquent, l'urine est sécrétée alcaline, elle ne contient pas et ne peut pas contenir de phosphate ni de carbonate de chaux, et qu'il est difficile alors de comprendre comment elle pourrait en déposer pour former des pierres. M. Longchamp n'est pas le seul chimiste qui ait cette opinion. Pour mon compte, j'ai voulu vérifier le fait, et hier, après m'être assuré que mon urine était acide, j'ai bu deux verres d'eau de Vichy. Deux heures après, mon urine était très-alcaline. Je me suis rendu alors chez un chimiste distingué, M. Caventou, et, après avoir bien constaté que mon urine était parfaitement claire, qu'elle était très-alcaline, et qu'il ne s'en précipitait rien, nous y avons mis alors de l'oxalate d'ammoniaque, et elle est restée toujours parfaitement claire; tandis que, lorsque nous y avons ajouté un atome d'un sel de chaux, il y a eu à l'instant un précipité très-marqué. Cela ne prouve-t-il pas que, comme l'a dit M. Longchamp, l'urine qui est sécrétée alcaline ne contient pas de phosphate ni de carbonate de chaux, et que, par conséquent, il est impossible que ces sels s'y déposent pour former des pierres.

» J'ajouterai, en m'appuyant sur la pratique, sur ce qu'on observe tous les jours à Vichy, que l'urine est d'autant plus claire qu'elle est mieux alcalisée, et qu'il ne s'y fait pas de précipités. Cette observation avait été faite avant moi par M. d'Arcet, et c'est du reste ce que tout le monde observe depuis déjà quelques centaines d'années. D'ailleurs, comment M. Pelouze n'a-t-il pas vu que, si les faits et les raisonnements présentés par M. Leroy-

d'Etiolles n'étaient pas une pure illusion, l'on pourrait aller à coup sûr chercher des carrières dans les vessies de tous les ouvriers qui travaillent dans les fabriques de soude ; tandis qu'au contraire il est constant qu'ils n'ont jamais ni la gravelle ni la pierre.

J'ajouterai encore une observation, c'est que, quand bien même des phosphates et des carbonates de chaux se précipiteraient d'une urine alcalisée, ils ne pourraient pas former de calculs, parce qu'il faudrait encore qu'ils rencontrassent dans la vessie un mucus capable de les agglomérer, de leur servir de lien, et que les alcalis, par la propriété qu'ils ont de dissoudre le mucus, au moins en partie, et, dans tous les cas, de le gonfler, de le boursouffler, lui ôtent la propriété plastique indispensable à cette agglomération. Si ces sels se déposaient, ils seraient entraînés par l'urine et ne resteraient pas dans la vessie.

» Agréez, etc. »

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Avril 1842.)

Phthisie pulmonaire ; institution de médecins voyageurs. — Nouvelle scie pour les Amputations. — Anus artificiel chez un enfant nouveau-né.

Séance du 5 avril. — *Phthisie pulmonaire. — Institution de médecins chargés d'aller observer les maladies des pays étrangers.*

M. Louis : A l'occasion de la demande faite par M. Costallat au ministre de l'intérieur pour la fondation à Alger d'un hôpital destiné au traitement des phthisiques, l'Académie demanda à ses correspondants des renseignements sur plusieurs points de l'histoire de la phthisie pulmonaire. Généralement cet appel ne fut pas entendu.

Cependant M. Rufz, professeur agrégé de la Faculté de Paris, exerçant à la Martinique, a adressé, il y a quelques mois, à l'Académie, sur cette question, un travail dont je vais vous faire connaître les principaux résultats.

Sur 1,954 malades traités par lui à Saint-Pierre-de-Martinique, M. Rufz a eu 123 phthisiques, dont 53 ont succombé. Dans 9 cas, il a pu faire l'ouverture. La phthisie est, suivant lui, la maladie chronique la plus fréquente dans la colonie. Elle est rare aux deux âges extrêmes de la vie : car il ne l'a observée que deux fois chez des enfants ; et quant aux vieillards qui en sont affectés, l'auteur pense que la maladie avait débuté chez eux dans l'âge adulte.

D'après M. Rufz, l'hémoptisie semblerait amener la mort plus souvent à la Martinique qu'en France. M. Rufz, s'étant hasardé à employer les vomitifs, à l'instar de quelques médicastres du pays, en a retiré les meilleurs effets à toutes les périodes de l'affection. Sur 20 malades qu'il a soumis à cette médication, il n'a été obligé que trois fois d'en suspendre l'usage. Dans deux cas, les vomitifs ont fait cesser les hémoptisies.

M. Rufz fait encore remarquer que les Européens et les Africains qui sont à la Martinique paraissent moins sujets à la phthisie que les créoles.

On ne peut actuellement se prononcer sur la question de savoir si les Européens qui arrivent dans la colonie avec des signes de phthisie commençante subissent, par le fait même de ce nouveau séjour, quelque modification favorable. Ce qu'il y a de certain, c'est que, sous ce rapport, l'habitation de l'Europe ne réussit pas aux indigènes qui s'y rendent dans le but d'arrêter les progrès du mal.

Ce travail, dit en terminant M. Louis, est fait avec

conscience et méthode ; c'est dans ce genre d'études un modèle à suivre ; et de pareilles recherches ne sauraient recevoir de trop grands encouragements. Les conclusions sont d'adresser à l'auteur une lettre de remerciments, de l'engager à continuer ses travaux sur la phthisie, de l'inscrire en première ligne sur la liste des membres correspondants nationaux ; enfin, de renvoyer son mémoire au comité de publication.

Permettez-moi maintenant, Messieurs, ajoute M. Louis, de vous exprimer à cette occasion un vœu auquel vous vous empresserez, je n'en doute pas, de vous associer. La solution des problèmes qui se rattachent à la phthisie exige des efforts persévérants et une application continuelle. De semblables travaux, par conséquent, seraient plus utilement confiés à des jeunes gens instruits, pleins d'activité, et libres, qu'aux membres correspondants de l'Académie, qui, pour la plupart, doivent se partager entre les occupations de la clientèle et les soins de l'étude. Ne serait-il pas à propos de faire ici ce qui est depuis longtemps en usage pour l'histoire naturelle ? Pourquoi la médecine n'aurait-elle pas, elle aussi, ses voyageurs ? Les savants qui se consacreraient à cette mission pourraient y donner tout leur temps, et obtiendraient, à coup sûr, des résultats aussi propres à les encourager eux-mêmes qu'à servir au progrès de la science.

M. Chervin : M. Rufz a consigné dans son travail la remarque que les boulangers, à la Martinique, sont très-peu exposés à la phthisie pulmonaire. Mais il n'y a dans cette immunité rien qu'on puisse rapporter à l'influence de la profession. Elle tient seulement à ce que, dans la colonie, tous les boulangers sont nègres. Du reste, je m'associe de grand cœur à la proposition que M. Louis

vous a faite pour demander la création de médecins destinés à aller observer dans les pays étrangers.

Les conclusions du rapport relatives au travail de M. Rufz sont adoptées.

M. Rochoux : La proposition de M. Louis est très-séduisante au premier coup-d'œil; mais j'ai bien peur que, lorsqu'on voudra la mettre en pratique, il ne se rencontre autant de difficultés que pour attacher le grélot au cou du chat. Entre autres conditions requises pour bien observer, le médecin doit vivre en bonne intelligence avec ses confrères : or, un nouveau venu ne doit pas s'attendre à cet avantage en débarquant dans un pays qu'il ne connaît pas, ou qu'il connaît à peine. D'un autre côté, c'est un axiôme communément reçu qu'on ne peut pas bien voir en voyageant. Pourquoi la médecine ferait-elle sous ce rapport exception à la loi générale ? Ne vous méprenez pas cependant sur mes intentions à l'égard de ce projet ; je voudrais qu'il fût exécutable, car alors je l'appuierais.

M. Louis : Un homme sage et modéré qui se bornerait à observer ne susciterait certainement autour de lui ni rivalités ni passions haineuses.

M. Rayer : J'ai demandé la parole pour appuyer la motion faite par M. Louis; mais la question qu'elle soulève est si importante, qu'il ne serait pas convenable, je pense, de la discuter d'une manière incidente à l'occasion d'un rapport. Il existe certainement une foule d'affections endémiques qu'une institution de ce genre parviendrait à mieux éclairer ; car l'influence des causes locales forme une étude immense qui malheureusement ne peut pas toujours être faite avec fruit par les médecins de la localité. J'appuie donc la proposition de M. Louis; mais je voudrais qu'elle fût développée par une commission, et rédi-

gée sous forme de projet, pour être présentée au ministre de l'instruction publique.

M. Villermé : Je demande la parole pour continuer ce que vient de dire M. Rayer. Un fait semblable à ce qu'on vous propose se passe actuellement dans une nation voisine. En Sardaigne, le gouvernement s'occupe de dresser une statistique médicale qui comprendra les vingt-cinq ou trente provinces de ce royaume. Ce travail sera fait simultanément dans toutes les parties du territoire, et je ne doute pas qu'il contribue à mettre en lumière quelques résultats importants. C'est là un bel exemple, et donné par un pays d'où certes on ne l'attendait pas.

M. Dupuy : Il serait à désirer que les médecins nommés pour aller observer dans les pays étrangers donnassent aussi leur attention aux maladies des animaux (Rires). Je ne comprends pas les motifs d'une pareille hilarité ; la question, fût-elle bornée à la santé des animaux, serait déjà assurément très-grave : mais elle touche à la médecine humaine de plus près que vous ne le pensez peut-être. N'y a-t-il pas beaucoup de maladies contagieuses qui se propagent des animaux à l'homme ? N'y a-t-il pas, d'un autre côté, une foule d'affections contagieuses dont on ignore l'origine ? Eh bien ! l'étude approfondie de la médecine vétérinaire donnerait peut-être la clef de ces problèmes. Si on arrivait, par exemple, à trouver que la petite vérole naît d'une maladie cutanée du chameau ou du dromadaire, serait-ce là une découverte sans intérêt pour la science ? Il n'est pas permis d'affirmer dès à présent que les choses se passent ainsi ; mais, ce qui est positif, c'est que j'ai vu des employés du Jardin des plantes contracter la variole après avoir été en rapport avec des animaux atteints de cette espèce d'éruption ; et des recher-

ches poursuivies dans ce sens amèneraient sans doute des résultats importants.

M. Louis : L'Académie paraît assez généralement admettre le principe de la proposition que j'ai faite ; il y aurait donc, je crois, lieu de nommer une commission qui s'occuperait de la formuler d'une manière précise.

M. Adelon : Je crois que, pour le moment, nous devons seulement prendre la proposition en considération.

M. Chervin : M. Rochoux augure mal du succès de la mesure que conseille M. Louis ; il doute que les médecins des autres pays soient très-communicatifs avec ceux que nous leur enverrons pour observer. Mais cette appréhension ne me paraît pas fondée. J'ai, pour me défendre de la partager, mon expérience personnelle. Dans les nombreux rapports que j'ai eus avec les médecins étrangers, ils se sont toujours montrés bienveillants à mon égard ; et l'Académie a pu juger, par l'importance des résultats que je lui ai soumis, du zèle et de l'empressement qu'ils ont mis à me communiquer des documents.

M. Desportes demande que la proposition soit d'abord renvoyée au conseil d'administration. C'est la marche naturelle que semblent indiquer les précédents de l'Académie.

M. Gérardin répond que le conseil d'administration est nommé pour s'occuper seulement d'affaires administratives.

M. Royer-Collard : Il me semble qu'on doit s'étonner de voir élever des objections contre une proposition aussi évidemment bonne et utile que celle de M. Louis ; mais c'est qu'il y a des obstacles sérieux à l'exécution de cette mesure. Il y a aussi des difficultés dans la manière dont il conviendrait de s'y prendre pour la présenter à

l'autorité. Si vous vous contentez de dire au gouvernement qu'il faudrait créer des médecins voyageurs, il est certain que sa bonne volonté (si bonne volonté il y a) sera paralysée, et qu'il ne pourra rien organiser d'après une indication aussi vague. Permettez-moi ici, Messieurs, de vous dire ce qu'on pense au dehors à l'égard de nous. L'Académie, dit-on, ne travaille peut-être pas assez par elle-même ; elle se borne trop à recevoir des travaux tout faits et à les discuter. Ainsi, la phthisie, par exemple, est une maladie très-commune et en même temps on ne peut plus grave. N'y aurait-il pas convenance à faire pour elle ce qu'on a fait déjà pour la morve, à nommer une commission chargée de réunir tous les documents qui se rapportent à la question, de faire des expériences elle-même, de sorte que, lorsque nous aurions sur cette maladie les éléments précis de recherches à faire, nous irions trouver le ministre, et nous pourrions alors lui dire : Faites telle démarche, envoyez un médecin dans telle localité pour vérifier tel fait. Et soyez sûrs qu'il ne nous refuserait pas. Je demande donc qu'on commence par nommer une commission qui serait chargée de poser les questions à la solution desquelles on devra ensuite travailler.

M. Adelon : Il me semble qu'en ce moment nous désertons un peu la question qu'a traitée M. Louis. M. Royer-Collard demande une commission pour examiner les faits qui se rattachent à l'étude de la phthisie pulmonaire. M. Louis demandait, lui, tout simplement la création de médecins chargés d'aller observer les maladies des pays étrangers. Ce sont là deux objets distincts, deux propositions séparées, et l'Académie peut les examiner toutes deux en temps et lieu, si elle le juge convenable.

Mais, quant à présent, je crois que nous devons d'abord nous occuper de la dernière.

M. Castel : Il y a quelque chose de gigantesque, de boursouflé, de voisin du merveilleux, dans ce qui vient de vous être proposé; mais il est fort à craindre qu'un si beau projet ne soit tout à fait stérile en résultats. Personne ne conteste l'utilité des voyages pour développer l'instruction. Mais, dans l'espèce, voyons, que feront nos médecins voyageurs? Les envoyez-vous pour observer ou pour pratiquer? Est-ce seulement pour observer; mais c'est une grande affaire et qui demande une vie entière d'application et d'étude. Puis, s'ils se bornent à suivre les hôpitaux ou les visites d'autres médecins, ils ne pourront pas faire d'essais directement. Voulez-vous au contraire qu'ils aillent pratiquer eux-mêmes? Mais de quel œil croyez-vous qu'on verra arriver un médecin envoyé par le gouvernement? Supposons cependant un accueil favorable; supposons qu'on leur ouvre les hôpitaux; encore ne resteront-ils point assez longtemps pour pouvoir rassembler des éléments suffisants pour une solution. Une telle mission, je puis le dire, serait absurde; je me sers du mot mission; car il semble vraiment que nous voulions envoyer des missionnaires. D'ailleurs, combien ne faudrait-il pas de ces médecins, si vous en voulez pour chaque pays et pour chaque maladie. Consultez plutôt les livres que nous ont laissés les hommes de l'antiquité : leurs descriptions admirables nous donneront des lumières suffisantes pour les maladies que vous avez intérêt de connaître.

M. Londe : Les observations de M. Rochoux et de M. Castel, sur la mesure qu'on vous propose, n'ont pas semblé être favorablement reçues par l'Académie. M. Chervin a opposé les résultats heureux de son expé-

ritoire personnelle, mais il n'y a pas similitude entre les deux cas. M. Chertin allait seulement rassembler des documents, tandis que vos médecins voyageurs demanderaient à voir des malades. Il faudrait donc qu'on leur en fournît. Or, où avez-vous jamais vu des praticiens céder des malades à leurs confrères? A quoi serviront, du reste, leurs observations? Si les maladies qu'ils iront examiner dans les pays sont fréquentes en France, nous n'avons que faire de les envoyer ailleurs; et si elles sont rares chez nous, ayons la patience d'attendre qu'elles viennent nous trouver.

M. le président met aux voix la prise en considération de la proposition de M. Louis. L'Académie adopte.

Sur la demande de M. Adelon, la commission chargée de rédiger un projet de demande à soumettre au ministre sera nommée par le bureau.

SÉANCE DU 19 AVRIL. — *Nouvelle scie pour les amputations et les résections.* — M. Amussat présente à l'Académie, de la part de M. le docteur Eugène Robert, membre, comme géologue, de la commission scientifique du Nord présidée par M. Gaimard, une scie imaginée dans le but d'éviter que la lame ne soit serrée, vers la fin de la section d'un os, au point d'en arrêter la marche. Cette scie diffère de celles connues jusqu'à présent en ce qu'elle est composée de deux lames superposées et parallèles, qui marchent d'abord ensemble, mais dont l'une se détache de l'autre et fait l'office d'un coin qui reste dans l'écartement des deux bouts d'os, lorsque la section est arrivée au point où quelquefois la lame simple des scies ordinaires éprouve une difficulté plus ou moins grande à cheminer. Il résulte, en effet, de cette disposition, facile à comprendre, que la section est régulièrement faite, et que surtout on évite les esquilles résultant de l'obliquité

où l'on se trouve souvent pour faire marcher les scies ordinaires jusqu'à la fin de la section, de tirer en sens contraire les deux bouts de l'os. Cela devient inutile avec la scie-coin de M. le docteur Robert.

Cet instrument pourra devenir utile aux praticiens de la campagne et aux chirurgiens de l'armée et de la marine, qui n'ont pas toujours à leur disposition des aides intelligents.

M. Bégin : L'addition de cette seconde lame me semble tout à fait inutile. Les scies ordinaires, quand elles sont bien construites, suffisent pour éviter l'inconvénient dont on parle ; et, d'ailleurs, un coin de bois interposé entre les deux bouts d'os ne remplirait-il pas aussi le même but?

Anus artificiel pratiqué chez un nouveau-né par le procédé de Callisen. — M. Amussat présente ensuite à l'Académie un enfant qui lui avait été adressé par M. Hippolyte Larrey, et auquel il a été obligé de pratiquer, trois jours après la naissance, un anus artificiel dans la région lombaire gauche, sans ouvrir le péritoine. Cet enfant était né avec une imperforation du rectum à 3 ou 5 centimètres de l'anus, qui était bien conformé ; il avait été impossible d'arriver par cette ouverture, soit avec des sondes, soit avec un trocart, jusqu'au cul-de-sac intestinal distendu par le méconium. Il n'y avait donc d'autre parti à prendre que d'établir un anus artificiel ; or, les succès obtenus par M. Amussat sur l'adulte en opérant dans la région lombaire étaient bien propres à l'encourager, quoiqu'on ait dit et écrit tout récemment encore que le procédé de Littre convenait mieux chez les enfants nouveau-nés, parce qu'à cet âge les colons sont flottants et partout enveloppés par le péritoine, ce qui, d'après M. Amussat, serait justement l'inverse de ce que l'on observe habituellement.

L'enfant opéré a maintenant près de trois mois; il est dans un état de santé très satisfaisant, et paraît aussi bien développé que les enfants de son âge. L'anus artificiel livre un passage facile aux matières fécales; mais comme il a une grande tendance à se resserrer, on est obligé de le tenir dilaté avec des petits bouchons de cire ou de gomme élastique.

VARIÉTÉS.

Maladies de la peau. — Cours de M. Gibert.

Favorisé par un beau soleil de printemps, M. Gibert a ouvert son cours le 17 mai, en présence d'un nombreux auditoire qui se pressait sous les tilleuls de l'hôpital Saint-Louis. On peut encore dire aujourd'hui comme au temps d'*Alibert*, que les arbres de cet hôpital, semblables aux chênes de la forêt de Dodone, rendent des oracles «annoncés par l'observation et sanctionnés par l'expérience! »

Rien de plus pittoresque que cette foule avide des paroles du professeur, cette verdure qu'éclaire le soleil en perçant à travers le feuillage, ces malades eux-mêmes dont la présence excite l'attention et commande l'intérêt! Ce tableau animé, auquel Alibert attachait tant de prix, frappe en effet l'esprit du spectateur et laisse des souvenirs qui ne s'effacent plus.

Pourtant, ce n'est là qu'un accessoire, et l'instruction solide et toute spéciale qui s'y joint peut seule lui donner quelque valeur.

Les deux premières leçons du professeur ont été consacrées à des considérations générales et à l'exposition de

la classification qui désormais est venue remplacer l'*arbre des dermatoses*.

Nous regrettons un peu, pour notre part, la classification d'*Alibert*, qui, entre autres mérites, à nos yeux, avait celui d'être nationale; nous regrettons surtout celle qui a précédé les *dermatoses*, et qui a régné seule en France pendant près de vingt ans. Forcés néanmoins que nous sommes de nous rendre aux bonnes raisons du professeur, nous acceptons la compensation qu'il nous offre, d'*abord*, en conservant dans le langage usuel, et comme objet de comparaison, les *dartres* d'Alibert, et ensuite en reproduisant les traditions historiques et classiques que le prédécesseur de M. Gibert avait trop négligées. On sait que la classification moderne, importée en France par Biett, et adoptée par M. Gibert, l'un de ses premiers élèves, repose sur la considération des formes élémentaires (bulleuse, pustuleuse, tuberculeuse, etc.) des maladies de la peau, formes que l'auteur allemand *Plenk* avait élevées au nombre de quatorze, et que le pathologiste anglais *Willan* a réduites à sept, qui suffisent, en effet, à la rigueur, pour coordonner et classer les espèces dont se compose la pathologie cutanée spéciale. Cette classification fait, jusqu'à un certain point, abstraction de la nature et de la cause prochaine des maladies, et c'est par là surtout qu'elle donnait prise aux attaques d'Alibert, forcé de lutter avec l'école de Biett dans les dernières années de son enseignement. Mais les efforts malheureux de *Lorry*, dans le dernier siècle, ceux du professeur *Alibert* lui-même, et les tentatives plus récentes encore de M. *Baumès*, ont assez prouvé que ce genre de considération était d'un ordre trop élevé et trop abstrait pour servir de base à un arrangement systématique dont le mérite principal doit être avant tout d'être facile à com-

prendre et à appliquer dans la pratique. Nous aurons occasion, en rendant compte plus tard de quelques-unes des leçons de M. Gibert, de montrer par des exemples usuels combien sous ce rapport la classification de *Willan* et de *Bateman* présente d'avantages.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Traité élémentaire d'anatomie générale, descriptive et physiologique, par le docteur Et. Rambaud, 1er lauréat d'honneur de la faculté de médecine de Strasbourg, ancien chef de clinique, membre honoraire de la commission de salubrité du 3e arrondissement de la ville de Paris, chirurgien-major du 5e régiment de cuirassiers, 1 vol. in-8°. — Chez Germer-Baillière, libraire éditeur, rue de l'École de Médecine, 17. Paris, 1842.

Tout en rendant justice aux bonnes intentions de l'auteur et à la pensée qu'il a eue d'être utile aux étudiants en médecine en général, et aux élèves militaires en particulier, nous ne voyons pas cependant par où ce nouveau traité élémentaire d'anatomie pourrait mériter la préférence sur ceux qui l'ont précédé et qui sont dans les mains de tous les étudiants. Au reste, nous devons reconnaître que le plan que propose et qu'adopte M. Rambaud dans son livre, pour l'étude de l'anatomie, n'est pas le moins propre à faciliter l'étude des détails dont cette science se compose. Au lieu de la méthode analytique généralement suivie dans l'enseignement de cette science, l'auteur voudrait qu'on adoptât la méthode inverse, c'est-à-dire qu'on fît précéder l'étude détaillée de la structure, de la

forme et des fonctions du corps humain, par une vue d'ensemble de ces mêmes organes, sous le triple rapport de l'anatomie générale, descriptive et physiologique. On procèderait ainsi de la synthèse à l'analyse, pour remonter ensuite de l'analyse à la synthèse. C'est d'après cet ordre d'idées que l'auteur a rédigé le traité élémentaire d'anatomie que nous annonçons.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des parasites cutanés de l'homme, théorie rationnelle de la cause et du traitement des maladies de la peau, par J. Hébreau, brochure grand in-8°. Prix : 1 fr. — Paris, chez Béchet et Labé, libraires de la faculté de médecine, place de l'Ecole de Médecine.

Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face, selon la méthode par déplacement ; ou méthode française, par M. Serre, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Montpellier, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de St-Eloi, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc., etc. 1 vol in-8° et Atlas grand in-4° de 30 planches représentant 120 fig. Prix : 17 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'Ecole de Médecine. — Montpellier, chez L. Castel, 32, Grande rue.

REVUE MÉDICALE.

(Juin 1842.)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

DE LA VALEUR DES SIGNES,

FOURNIS PAR L'AUSCULTATION DANS LE DIAGNOSTIC DES PRÉSENTATIONS ET POSITIONS DU FOETUS PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

Par les docteurs DEVILLIERS fils et CHAILLY (Honoré),
Ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté de Paris.

(Imprimé par décision de la Société de médecine de Paris)

Depuis plusieurs années, et surtout dans ces derniers temps, on a cherché à faire une application plus rationnelle qu'auparavant de l'auscultation à l'état de grossesse. Ce moyen d'investigation est, dans le cas dont nous parlons, d'une utilité que personne actuellement ne peut plus mettre en doute, et offre des avantages que nous n'entreprendrons pas de faire ressortir dans ce travail : cette tâche, beaucoup d'autres l'ont remplie avant nous.

Comme toute découverte brillante que cherchent à féconder les intelligences progressives, l'auscultation a trouvé de nombreuses et d'heureuses applications; mais nous craignons qu'en voulant trop les multiplier, on n'en ait fait un abus parfois nuisible et propre à entraîner le praticien trop confiant dans des erreurs dangereuses, et à jeter une sorte de défaveur sur un procédé précieux d'explora-

tion. Aussi notre but a-t-il été de chercher, par l'expérience, à réduire à leur juste valeur certains signes stéthoscopiques sur lesquels on a tenté d'établir tout dernièrement quelques doctrines obstétricales.

Il est, nous le savons, un ordre de faits en auscultation sur lesquels l'expérience a prononcé jusqu'à présent d'une manière constante et décisive ; tels sont : l'origine et la nature des battements doubles entendus à travers les parois d'un utérus développé, et qui y révèlent la présence d'un fœtus vivant, leur affaiblissement progressif et leur disparition, signes de souffrance et de mort de ce même fœtus, leur existence sur des points multipliés et opposés joints à leur défaut d'isochronisme, indice d'une grossesse multiple; la distinction bien reconnue entre ces battements doubles et les bruits de souffle sur l'origine et le siége desquels les opinions varient cependant, et que l'on sait maintenant appartenir aussi à d'autres états de l'utérus qu'à celui de gestation.

Mais il existe un point d'une très-grande importance pratique, et sur lequel les dissidences sont nombreuses : c'est celui qui consiste à faire de l'auscultation un moyen propre à parvenir au diagnostic des présentations et positions du fœtus dans la matrice, à une époque rapprochée de l'accouchement, diagnostic dont ce n'est pas ici le lieu de rappeler l'utilité, surtout dans les accouchements laborieux, lorsque l'art doit intervenir, et lorsque le toucher ne peut donner les renseignements nécessaires. Les conséquences pratiques, peut-être trop exclusives, que l'on a fait découler des recherches entreprises dans ce dernier but nous ont engagés à répéter des expériences sur lesquelles, nous le croyons, on ne saurait trop insister. Ce

n'est pas que nous ayons la prétention de nous ériger en critiques des œuvres de nos prédécesseurs; nous avons agi dans une intention isolée, cherchant la vérité pour nous comme d'autres l'avaient cherchée pour eux, et n'apportant dans nos expérimentations aucune idée préconçue. Du reste, ces recherches nous ont été facilitées par la position de l'un de nous, chef de clinique du professeur Paul Dubois, pendant deux ans, et toutes les observations qui en font la base ont été écrites avec soin auprès du lit des femmes enceintes. Si elles nous ont conduits à des résultats quelquefois opposés à ceux qui ont été rencontrés par nos prédécesseurs, nous pouvons affirmer que ce n'est ni par oubli des précautions nécessaires, ni par un faux esprit de contradiction. Nous pouvons ajouter même que nous n'avons commencé à prendre note de nos observations qu'après nous être pendant longtemps exercés à l'auscultation, afin d'être assez sûrs de notre expérience en pareille matière.

Sans vouloir analyser ici les nombreux travaux publiés sur l'auscultation appliquée à l'état de grossesse, il est cependant nécessaire de rappeler en peu de mots les opinions des auteurs relativement à l'application de ce moyen d'investigation au diagnostic des présentations et positions surtout, afin de montrer leur divergence.

M. Lejumeau de Kergaradec, le premier qui ait fait une application régulière de l'auscultation à la grossesse, car Mayor et Foderé n'en avaient que pressenti l'importance, pensait déjà qu'à l'aide de signes stéthoscopiques il serait possible de reconnaître les présentations et positions du fœtus dans la matrice, et de distinguer une grossesse multiple, d'une simple; Ulsamez Lau, Ritgan, Laënnec,

Newman-Sherwood, M. Stolz, se sont rangés à son opinion, et ont allégué des faits plus ou moins nombreux en sa faveur.

Hohl, dans un mémoire très-étendu, croit que le point qui correspond aux pulsations fœtales indique en général la position de l'enfant; mais il convient qu'il n'a jamais pu déterminer d'emblée s'il s'agissait d'une occipito-droite antérieure ou d'une postérieure. M. Nægelé fils, dont on connaît les longues recherches en auscultation, pense que ce moyen peut faire connaître la position, mais non la présentation du fœtus.

Il résulte des nombreux travaux exposés dans la thèse de M. Carrière de Strasbourg (1837), que le point où l'on entend le plus distinctement les pulsations fœtales, indique approximativement, mais non d'une manière précise et absolue, la position du fœtus. Enfin, M. Depaul, dans une thèse soutenue en 1839 devant la Faculté de Paris, est allé beaucoup plus loin que ses prédécesseurs, et a prétendu pouvoir, au moyen de l'auscultation, diagnostiquer presque à coup sûr les présentations et positions du fœtus. Et, en effet, le relevé de ses observations, assez nombreuses, ne présente que fort peu de cas d'erreurs.

Un sentiment tout opposé a été professé par Dugès, Maygrier, Haus, Henne, et l'est encore par M. Velpeau : ces auteurs n'accordent qu'une importance très-minime à l'auscultation sous le point de vue dont nous nous occupons.

M. Paul Dubois lui-même, dans le rapport remarquable qu'il fit à l'Académie de médecine en 1832, se rapprocha de cette opinion. Un ouvrage considérable de Kœfft contient des relevés singuliers et contradictoires contre l'usage de l'auscultation qu'il ne regarde que comme un signe bien

incertain pour déterminer les positions du fœtus, et qu'il accuse d'être bien loin d'avoir rempli toutes les espérances que l'on avait fondées sur elle. En dernier lieu, M. Jacquemier soutient, dans sa thèse inaugurale (1837), que l'auscultation ne peut être de quelque secours dans la détermination des présentations et positions que lorsqu'il y a un commencement de travail de parturition, et qu'une partie des eaux s'est déjà écoulée.

Ajoutons qu'une dissidence semblable s'élève entre les mêmes auteurs que nous venons de mentionner sur la valeur des signes stéthoscopiques lorsqu'il s'agit de discerner une grossesse multiple d'une simple.

On voit, d'après cet exposé rapide, que la majorité des auteurs n'accorde qu'une confiance timide et douteuse à l'auscultation, et nous pensons que le très-petit nombre de ceux qui lui attribuent un jugement infaillible a exagéré beaucoup ses avantages dans l'espèce de diagnostic qui nous occupe.

L'auscultation est parvenue à une précision presque mathématique dans les maladies de la poitrine, et peut donner des indices presque certains sur l'existence de la grossesse, l'état de vie, de santé ou de mort du fœtus; mais elle en est bien moins susceptible, nous le pensons, lorsqu'il s'agit de déterminer exactement les présentations et positions du fœtus contenu dans la matrice.

Aussi, comme on le verra, ses résultats ne nous ont pas toujours satisfaits sous le rapport de cette dernière partie du diagnostic, et nous avons été contraints dans bon nombre de circonstances, d'aider ou de corriger ses jugements par des procédés accessoires.

Le bruit de battement double ou battement du cœur fœtal, le seul dont nous ayons à nous occuper en ce moment, peut s'entendre sur une grande partie de la surface de l'abdomen chez une femme enceinte à partir du quatrième ou du cinquième mois. Mais vers les flancs et à la région postérieure ou lombaire l'épaisseur trop considérable des parties et l'éloignement de l'utérus ne permettent plus de le bien distinguer. Nous avons tenté mainte fois d'ausculter ces régions avec l'oreille seule ou armée du stéthoscope, et, malgré toute notre attention, nous n'avons jamais pu percevoir nettement le summum d'intensité des battements du cœur.

Ce bruit de battement double peut être vraisemblablement entendu sur les différents points du tronc d'un fœtus contenu dans la matrice ; nous disons vraisemblablement, parce que, quoi qu'on en ait dit, il est difficile de conclure des expériences stéthoscopiques faites sur le tronc d'un enfant né vivant à celles d'un fœtus contenu dans l'utérus d'une femme près du terme de sa grossesse, et cela par des raisons qu'il est aisé de comprendre. Les poumons chez le fœtus intra-utérin sont petits, presque aplatis, offrent une compacité relative assez forte ; les parois thoraciques qui ne se sont pas encore dilatées sont resserrées, comme comprimées, rétrécissent la cavité pectorale d'une manière notable, et se trouvent par conséquent en contact plus immédiat avec le cœur. Le bruit des contractions de celui-ci auront donc beaucoup plus de facilité à se transmettre à ces parties, et leur imprimeront ainsi qu'au reste du torse des vibrations bien plus considérables que chez l'enfant nouveau-né. Ensuite les milieux au centre desquels le son est produit, et à travers lesquels il se pro-

page étant solides et liquides, et d'une densité plus ou moins grande lui imprimeront des modifications que ne lui fait pas subir l'air extérieur.

Ainsi, d'une part, il est évident que chez l'enfant sorti de l'utérus les battements doubles s'entendent bien sur une grande partie de l'étendue du thorax, et d'une manière de plus en plus sensible à mesure qu'on approche des régions précordiales antérieure et postérieure, et surtout de la première; mais il ne sera pas possible de les percevoir sur d'autres parties du tronc; tandis que, d'une autre part, s'il devient souvent assez difficile de percevoir les battements d'un fœtus contenu dans la matrice à cause de l'épaisseur des parties interposées entre lui et l'oreille de l'explorateur, les vibrations de ces battements se propagent avec facilité à une bien plus grande étendue de surface par l'intermédiaire de ces parties.

Néanmoins il existe presque toujours un point de l'abdomen d'une femme enceinte où le bruit de battement double offre son summum d'intensité, et d'autres où l'on remarque très-distinctement sa décroissance. Or, c'est toujours, comme on sait, ce summum qui sert de guide pour déterminer la situation du fœtus, parce qu'on suppose qu'il a son siége sur la région précordiale postérieure, le fœtus étant presque toujours courbé sur sa face antérieure, et parce que cette région est beaucoup plus rapprochée de l'extrémité céphalique que de l'extrémité pelvienne; mais il ne faut pas oublier que les parties du thorax peuvent donner le summum avec une intensité presque égale, encore est-il nécessaire que ces régions du fœtus se trouvent contiguës avec le segment antérieur de l'utérus, qui est le seul à la portée de l'oreille.

Afin de déterminer le siége et la hauteur du summum d'intensité des battements doubles qui servent à indiquer les présentations et les positions, nous divisons l'abdomen d'une femme enceinte, comme on l'a fait jusqu'à présent, en quatre régions, par le moyen de deux lignes perpendiculaires l'une à l'autre, et dont l'intersection se trouve sur l'ombilic même. L'une descendant de l'appendice xyphoïde jusqu'à la symphise pubienne, s'appellera, si l'on veut, la ligne blanche, l'autre, traversant horizontalement d'un flanc à l'autre, en passant, comme la première, par l'ombilic, s'appellera ligne transversale.

On obtient donc ainsi deux régions ou quarts supérieurs, l'un droit, et l'autre gauche, et deux régions ou quarts inférieurs également droit et gauche. La ligne transversale sert de point de démarcation pour les présentations. En effet, dans les présentations de l'extrémité céphalique le summum des battements doit s'entendre au-dessous de la ligne transversale, et au-dessus dans celles de l'extrémité pelvienne : car nécessairement la région précordiale se trouve beaucoup plus basse dans les premières que dans les secondes; cette règle générale souffre cependant quelques exceptions que nous étudierons plus loin. Quant aux diverses présentations du tronc, il est très-difficile d'assigner au summum une hauteur déterminée, bien qu'en général il doive plutôt se rencontrer au-dessous de la ligne transversale; et c'est pour cela que celle de l'épaule pourra être confondue avec une présentation du sommet.

La ligne blanche divisant l'abdomen en deux régions latérales sert au contraire de point de démarcation pour les positions; le summum entendu à droite ou à gauche de cette ligne indique les positions droite ou gauche du fœtus

quelle que soit la présentation ; mais nous verrons quelle difficulté on éprouve à distinguer les positions antérieures des postérieures ; cependant plus le summum des battements se rapproche de la ligne blanche, plus on doit croire que la position est antérieure ; plus il s'en éloigne, et plus on a lieu de penser qu'elle est postérieure.

Mais, comme nous l'avons déjà dit, dans certains cas l'auscultation ne donne pas de renseignements suffisants et assez positifs pour établir le diagnostic : le summum des battements doubles peut être difficile à saisir, et parfois variable et indistinct ; et même lorsqu'on parvient à déterminer son siége bien précis, il peut, comme on le verra, induire en erreur, et ne pas indiquer la situation exacte du fœtus.

C'est alors qu'il faut avoir recours à d'autres moyens pour arriver à des résultats plus exacts, et ne pas risquer un diagnostic qui souvent est d'une grande importance pratique.

Ainsi, outre l'auscultation des différentes régions de l'abdomen à l'aide de l'oreille seule ou armée du stéthoscope, il faut employer conjointement :

1° L'inspection extérieure et le palper propres à faire reconnaître les diverses inclinaisons de l'utérus et du fœtus, la disposition, la forme et la consistance des saillies et anfractuosités appréciables au toucher.

2° L'appréciation du siége et de la nature des mouvements actifs du fœtus, soit par la main de l'explorateur, soit par les sensations de la mère elle-même.

3° Enfin, dans des cas rares et comme moyen confirmatif seulement, le toucher vaginal.

Cette méthode complexe nous a été, dans plus d'une circonstance, d'un très-grand secours pour le diagnostic, et

nous a semblé indispensable pour nous mettre, autant que possible, à l'abri des erreurs dans lesquelles pouvaient nous jeter l'auscultation seule; c'est aussi cette méthode que nous conseillons surtout aux praticiens qui n'ont pas une très-grande habitude de ce dernier moyen d'investigation.

La vue de l'abdomen d'une femme enceinte, surtout à une époque avancée de la grossesse, laisse deviner une inclinaison ou une proéminence de l'organe utérin plus prononcées d'un côté que de l'autre, et quelquefois même certaines saillies assez apparentes que bientôt le palper fait mieux distinguer.

En effet, cette partie de l'examen est du plus grand secours; elle montre souvent les formes du fœtus si bien dessinées à travers l'épaisseur des parois utérines et abdominales, que bien des fois il nous est arrivé de tracer exactement avec le crayon sur la chemise des femmes soumises à notre examen les formes, les contours, la position entière du fœtus placé au-dessous comme un véritable calque.

Ceci a lieu surtout lorsque la quantité des eaux amniotiques est peu abondante et que les parois utérines sont assez flexibles et indolores. La manière dont on peut reconnaître les diverses parties du fœtus est on ne peut plus simple; les deux mains appliquées sur l'abdomen exerceront d'abord une pression très-modérée, afin de ne pas exciter de douleur et la contraction des muscles, puis, peu à peu, elles pourront appuyer avec plus de force pour bien sentir et embrasser les parties résistantes qu'elles discerneront avec assez de facilité de celles où il n'existe que du liquide ou des parties molles.

Un corps rond sous la main, plus dur que les autres, im-

possible ou très-difficile à déplacer, indique la tête du fœtus; un autre corps à surface plus étendue, d'une courbure plus large, d'une résistance un peu moindre que le précédent, peut être le tronc.

La partie la plus saillante de cette surface sera l'épaule ou la fesse, que l'on ne distinguera l'une de l'autre qu'à l'aide d'autres signes, par exemple, du voisinage de la tête pour l'un, et des extrémités inférieures pour l'autre.

Enfin, de petites saillies brusques, résistantes, mobiles par elles-mêmes ou faciles à déplacer momentanément, indiqueront les extrémités supérieures ou inférieures.

Mais il faut se rappeler que certains utérus distendus fortement par le liquide des membranes ou par toute autre cause présentent sous la main et dans les points mêmes qui ne sont pas occupés par le fœtus, une résistance fort grande, qui, même avec une grande habitude, peut facilement donner le change.

Du reste, pour s'exercer à reconnaître ces diverses saillies, on peut imiter grossièrement la nature en enfermant un fœtus dans une vessie pleine de liquide et recouverte d'un linge plié en plusieurs doubles, afin de reproduire à peu près l'épaisseur des parois utérines et abdominales, et en cherchant à distinguer avec les mains la forme de ses parties.

Le palper seul ne peut servir de moyen diagnostic certain que dans des circonstances rares, lorsque le peu d'épaisseur des parois et la quantité peu abondante du liquide placent le produit, pour ainsi dire sous la main; mais il est aisé de voir aussi de quel secours il peut être dans certains cas avec l'auscultation, et nous montrerons quel parti nous avons pu en tirer dans nos explorations.

Le siége des mouvements actifs du fœtus peut, comme on sait, fournir des indices qu'il ne faut pas négliger pour le diagnostic. Lorsque la main appliquée sur l'abdomen sent, non pas un mouvement de totalité de la partie saillante, mais de petits mouvements brusques, faciles à distinguer des précédents, et plus ou moins forts, on doit penser que ce sont les extrémités inférieures ou supérieures qui les produisent. Quand les mouvements ne sont pas percevables au moment où l'on explore, on parvient souvent à les exciter en appliquant la main froide et à nu sur les parois abdominales de la mère; la sensation du froid se transmet facilement jusqu'au fœtus.

D'ailleurs, la femme a presque toujours la perception parfaite du lieu où les mouvements de celui-ci se font sentir, comme elle peut analyser aussi leur nature. Ainsi, qu'arrivée aux derniers mois de sa grossesse, elle vous dise qu'elle ressent dans l'hypocondre de l'un ou de l'autre côté de petits coups précipités, forts, brusques, souvent douloureux, tandis qu'en bas dans le bassin elle éprouve une pesanteur, elle sent un corps qui se meut lentement et comme circulairement, on doit supposer que ce sont les extrémités inférieures qui produisent les premiers mouvements, tandis que les derniers sont causés par la présence de la tête. Ainsi l'on voit déjà que leur siége peut aider à faire connaître la présentation et la position du fœtus. La fréquence, l'intensité des mouvements actifs varient suivant une foule de circonstances qu'il est inutile de chercher à apprécier ici, de même que le degré de sensibilité des parois utérines et la facilité que la mère éprouve à les analyser.

Il y a des femmes qui, pendant tout le cours de leur

grossesse ont de la peine à distinguer les mouvements de l'enfant et à expliquer de quelle nature ils sont, et quelquefois la main de l'explorateur lui-même ne parvient pas à les discerner. Aussi ne doit-on accorder qu'une confiance limitée à ce moyen auquel on ne peut refuser cependant quelques avantages, lorsque ses résultats concordent avec ceux du diagnostic porté par les autres procédés.

Mais il est important de remarquer que les signes fournis par les mouvements du fœtus deviennent presque nuls, lorsque le travail de parturition étant avancé, l'utérus revient sur lui-même et se contracte avec force sur le produit dont une partie est déjà engagée dans la cavité du bassin.

La percussion ne nous a pas semblé d'un assez grand secours pour que nous ayons cru nécessaire de noter les résultats qu'elle nous a donnés.

Quant au toucher, qui est et sera toujours le moyen le plus certain et le meilleur pour arriver à un diagnostic exact, nous ne l'avons employé que dans de rares circonstances, afin de pouvoir mieux apprécier la valeur de l'auscultation elle-même et rectifier les erreurs qu'elle aurait pu nous faire commettre.

Ainsi dans nos expériences, tantôt nous avons employé l'auscultation seule, soit parce que nous avons pensé qu'elle nous suffisait, soit parce que nous voulions en éprouver la valeur, et tantôt nous lui avons adjoint l'examen extérieur, le palper, l'appréciation du siége des mouvements du fœtus soit dans les cas douteux, soit afin de mieux confirmer notre diagnostic.

Faisons maintenant en peu de mots l'application de ce qui vient d'être dit à l'examen d'une femme enceinte.

L'auscultation laisse-t-elle entendre le bruit de batte-

ments doubles dans une partie du côté gauche de l'abdomen et le summum de ce bruit au-dessous de la ligne transversale et à gauche de la ligne blanche, c'est-à-dire dans la région ou quart inférieur gauche, on peut penser que le fœtus présente le sommet, parce que le summum des battements s'entend en bas, et que de plus il est en position occipito-iliaque gauche parce que ce summum s'entend à gauche. Ce summum se fait-il entendre, au contraire, en haut et à gauche ou dans le quart supérieur gauche, on a lieu de penser que le fœtus se présente par le siége en position sacro-iliaque gauche.

Ensuite ces deux diagnostics acquerront un bien plus grand degré de certitude, si en même temps l'abdomen, dans le premier cas offre plus de développement à gauche; si le palper fait reconnaître des formes solides, arrondies, volumineuses du même côté, petites et mobiles en haut et à droite; si la main de l'explorateur ou la mère elle-même sentent des mouvements forts et fréquents dans ce dernier lieu, lents et circulaires en bas. Dans le second cas, au contraire, le palper indiquera un corps arrondi à courbes plus restreintes dans la partie supérieure de l'utérus, des parties aussi résistantes et larges dans le côté gauche, de petits mouvements en bas, etc., etc.

Il est facile d'après cela de se représenter le diagnostic dans les autres positions du côté droit, pour les présentations du sommet et du siége.

Quant à la présentation de l'épaule et à ses positions, elles nous ont paru impossibles à diagnostiquer d'une manière certaine par le moyen de l'auscultation seule qui permettrait toujours de les confondre avec celles du sommet.

En recueillant les observations particulières à chaque femme, nous les avons accompagnées de détails nombreux. Ainsi, pour chaque sujet soumis à notre examen, nous avons dessiné, en marge de l'observation, la forme de l'utérus, la situation du fœtus et la hauteur de l'ombilic, en indiquant par des lettres de plus en plus petites, le siége et le décroissement graduel des différents bruits obstétricaux, l'état de primiparité des femmes, etc., etc. Dans le but de faire embrasser d'un seul coup-d'œil le résultat de nos recherches, nous avions dressé, pour chacune des présentations et chacune des positions, un tableau qui offrait treize divisions indiquant le numéro d'ordre, la date de l'examen, le terme présumé de la grossesse, le degré d'intensité des battements doubles dans les quatre régions de l'abdomen, ce même degré d'intensité pour le bruit de souffle, les résultats du palper, des mouvements actifs du fœtus et du toucher lorsqu'ils avaient été jugés nécessaires, le diagnostic que nous avions porté d'après ces renseignements, la date et le mode de terminaison de l'accouchement, enfin, les observations nécessaires à ajouter sur l'auscultation, sur la situation et le nom de chaque femme examinée, etc., etc. Mais l'étendue et la disposition de ces tableaux n'ont pas permis de les reproduire ici, et nous n'en offrons que les observations les plus intéressantes et le résumé.

Notre examen a porté sur 191 femmes enceintes, chez 148 desquelles seulement la terminaison de l'accouchement a pu être constatée. Il y a donc 43 cas où le diagnostic est resté sans contrôle, mais dont les observations nous seront néanmoins de quelque utilité. En général, cet examen a été pratiqué quinze, huit, deux jours, quelques

heures, et même quelques instants avant l'accouchement. Dans quelques cas rares cependant, il ne l'a été que cinq à six semaines avant ; mais, chaque fois que nous l'avons pu ou que nous l'avons cru nécessaire, nous l'avons renouvelé une seconde fois.

Parmi les 148 femmes sur l'accouchement desquelles nous avons recueilli des renseignements complets, notre diagnostic s'est trouvé :

SUR		PRÉSENTATIONS DE L'EXTRÉMITÉ	Juste	fois.	Faux.	fois.
»	138	CÉPHALIQUE.	»	133	»	4
»	89	POSITIONS occipito-iliaques. .	»	»	»	»
»	»	Gauches antérieures. . . .	juste	72	faux.	17
Sur	1	Position occº.-ili. gauche post.	juste	0	faux.	1
Sur	8	Positions occ.-ili. droites antér.	juste	7	faux.	1
Sur	39	Positions occipito-ilia. droites.				
»	»	Postérieures réduites . . .	juste	2	faux.	38
Sur	»	Une mento-iliaque droite post.				
»	»	Réduite.				
Sur	6	PRÉSENTATION du siége. . . .	juste	4	faux	2
Sur	3	POSITIONS sacro-iliaques gauches antérieures.	juste	0	faux.	3
Sur	3	Id. id. droites postér.	juste	2	faux.	1
Sur	2	Grossesses doubles.	juste	1	faux.	1
»	»	Enfants morts dans l'utérus. .	»	2	Id.	0
				223		68

Il a donc concordé avec la terminaison deux cents vingt-trois fois, tandis qu'il s'est trouvé en opposition avec elle dans soixante-huit cas, c'est-à-dire dans plus du quart. Les présentations ne sont comprises que pour six cas dans cette somme si considérable d'erreurs, tandis que la part des positions a été vraiment effrayante, et cela s'explique aisément par la difficulté et souvent l'impossibilité de discerner exactement les antérieures des postérieures, et la facilité avec laquelle les premières se convertissent en secondes dans

certains cas. Ainsi, en faisant abstraction des positions antérieures ou postérieures pour les occipito-iliaques gauche et droite surtout, le nombre de faux jugements se trouve réduit de beaucoup : car on n'en trouve plus que trente-un, et il nous aurait encore été facile de le réduire davantage si nous avions toujours voulu rectifier les résultats de l'auscultation seule, par le moyen de ceux que le palper, les mouvements actifs et la forme du ventre nous forçaient d'admettre; et, si nous nous étions laissé diriger par la connaissance que nous avions de la plus ou moins grande fréquence de telle présentation ou de telle position, nous n'ignorions pas, en effet, que quelquefois l'auscultation nous faisait porter des diagnostics erronés; mais c'est dans le but de mieux nous rendre compte de la valeur de l'auscultation que nous avons procédé de cette manière, et que nous avons cherché à faire, autant que possible, abstraction de nos connaissances antérieures, et à oublier que telle ou telle présentation était plus fréquente que telle autre, que telle ou telle position se manifestait plus souvent que telle autre.

Si maintenant nous étudions chaque présentation et chaque position en particulier, elles nous fourniront des observations dont les résultats aideront peut-être à estimer d'une manière plus précise la valeur de l'auscultation.

Présentation du vertex. — Position occipito-iliaque gauche antérieure.

Parmi les cinquante-deux observations relatées avec détail, et qui ont eu pour terminaison des occipito-ilia-

ques gauches antérieures, l'auscultation a fait entendre les battements doubles à leur summum :

38 fois dans la région inférieure gauche ;
3 id. dans la r. supérieure id. ;
8 id. dans la r. inférieure droite ;
2 id. dans la r. supérieure id. ;
5 id. sur l'ombilic et au-dessous.

Le summum des battements doubles s'est donc rencontré un bien plus grand nombre de fois dans la région inférieure gauche que dans les autres régions, c'est-à-dire trente-huit fois contre dix-huit.

Mais on remarquera aussi que nous l'avons trouvé vers la partie supérieure de cette région, et même quelquefois au-dessus de la ligne transversale, ce qui, si nous nous en étions rapportés à l'auscultation seule, aurait dû nous faire diagnostiquer des présentations de l'extrémité pelvienne ; mais l'emploi des moyens accessoires nous a fait éviter cette erreur, et nous nous sommes expliqué le degré d'élévation où nous avons trouvé les battements doubles par la hauteur du fœtus dans la cavité utérine.

Cette hauteur est déterminée habituellement par le défaut d'engagement du vertex ou de l'extrémité pelvienne à travers le détroit supérieur, engagement qui, comme on sait, a lieu souvent vers le huitième mois. Ce défaut d'engagement lui-même doit être attribué à l'étroitesse du bassin, au défaut d'engagement du segment inférieur de l'utérus, au volume de la tête du fœtus et aux présentations frontales du sommet, et à celles de la face qui ne permettent pas à l'enfant de descendre suffisamment pour que le point où le summum a son siége se trouve situé au-dessous de la ligne transversale.

Ce point se trouve, au contraire, plus ou moins supérieur à elle, suivant que, par suite de ces circonstances, la tête est plus ou moins élevée. Le palper, les mouvements du fœtus nous ont guidés efficacement aussi dans les circonstances où nous avons été portés à diagnostiquer des occipito-iliaques gauches antérieures, par exemple, bien que le summum se trouvât placé dans d'autres régions. C'est ce que démontreront nos observations particulières. Enfin, quelques-uns des diagnostics faux que nous avons portés sur la première position qui nous occupe, l'ont été sur des sujets examinés à une époque encore éloignée du terme de la grossesse, et il n'est pas étonnant que la position du fœtus ait pu changer dans cet intervalle de temps, puisque, comme on le verra plus loin, cela peut même avoir lieu, à une époque très-rapprochée de l'accouchement.

L'auscultation et les autres moyens explorateurs nous ont fait diagnostiquer d'emblée des occipito-iliaques gauches antérieures confirmées par la terminaison dans trente cas, dont les observations ne présentent rien de particulier; d'autres, au contraire, nous ont offert des circonstances intéressantes à noter sous le rapport diagnostique, et nous allons les exposer rapidement.

La femme qui fait le sujet de l'observation n° 1 a été examinée pour la première fois le 6 août; elle offrait le summum des battements doubles à droite et surtout en bas de l'ombilic; un corps solide se faisait sentir dans la région supérieure droite, tandis qu'à gauche existait une dépression et de petites extrémités; la mère sentait un mouvement de rotation en bas et de petits coups en haut, à droite et à gauche. Ces signes nous firent diagnostiquer une occi-

pito-iliaque droite postérieure. Mais le deuxième examen nous donna, douze jours après, les battements dans le côté gauche, leur summum sur l'ombilic; l'abdomen était devenu saillant vers ce même point, et les mouvements prononcés à droite et en haut.

Ces dernières circonstances, ces nouveaux résultats, et la forme générale du ventre, modifièrent notre jugement, et nous inscrivîmes une occipito-iliaque gauche antérieure qui, dix jours après, fut confirmée par la terminaison. Si, dans cette observation comme dans la suivante, nous nous en étions rapportés à l'auscultation seule, nous aurions dû diagnostiquer une occipito-pubienne, erreur qui, du reste, eût été peu grave : car les antérieures et postérieures se convertissent très-facilement en obliques au moment de l'accouchement; elle montre aussi combien le deuxième examen a été nécessaire pour constater les changements de positions qui se sont opérés en un assez court espace de temps, et à une époque de la grossesse où l'on a prétendu *qu'ils pouvaient être considérés comme des exceptions fort peu communes.*

Le fœtus, en effet, a exécuté d'une manière évidente un mouvement de rotation sur son axe de droite à gauche, mouvement sur lequel l'état de primiparité de la femme n'a eu aucune influence.

La femme du n° 3 présentait les battements au niveau de l'ombilic, et à sa gauche dans les fosses iliaques droite et gauche, et leur summum au-dessous et un peu à droite de l'ombilic.

Quelle raison avons-nous donc eue pour diagnostiquer une occipito-iliaque gauche antérieure plutôt qu'une occipito-iliaque droite antérieure. C'est que nous sentions

aussi une tumeur résistante à gauche, et que de petits mouvements se faisaient sentir à droite et en haut, puis du même côté au niveau de l'ombilic ; l'accouchement confirma notre diagnostic.

Peut-être dans ces cas la partie qui offrait le summum était-elle la région latérale droite du fœtus située très-antérieurement.

Dans les observations 4, 5, 6, 9, 13, 28, le summum était situé dans la région inférieure gauche, et les battements doubles s'entendaient aussi à droite de la ligne blanche non loin de l'ombilic, ce qui, comme dans le précédent, annonçait une position très-antérieure ; dans les deux dernières observations, le son se propageait même jusque dans le haut de la région supérieure gauche.

Le n° 26, ausculté le 30 octobre, accoucha le même jour. Le summum des battements se faisait entendre un peu au-dessus de la ligne transversale, et décroissait vers le bas ; un corps volumineux se faisait sentir dans le côté gauche et l'hypocondre ; les mouvements avaient lieu en haut et à droite. Ces signes nous firent juger une occipito-iliaque droite antérieure, parce que nous supposâmes que le non engagement de la tête dans le détroit supérieur rendait le summum plus élevé. C'est ce que confirmèrent le toucher et la terminaison. Il est certain que si nous nous en étions rapportés ici rigoureusement à l'auscultation, nous aurions dû diagnostiquer une présentation de l'extrémité pelvienne en sacro-iliaque droite.

Jusqu'à présent, les observations dont nous nous sommes occupés ont offert des diagnostics confirmés par la terminaison ; voici maintenant quelques détails sur les cas où nous avons été induits en erreur.

Deux positions diagnostiquées occipito-pubiennes (n° 41, 51), et terminées en premières, offraient le summum sur l'ombilic, et les battements au-dessous, puis de chaque côté de la ligne blanche. Nous avons dit que cette erreur était peu grave, et que la plupart du temps ces positions se changeaient en latérales. Mais encore faudrait-il savoir les distinguer dans les cas d'angustie pelvienne ou de présentation de la face.

Nous avons noté une occipito-iliaque droite pour le n° 42 seulement, d'après les résultats de l'auscultation : car, comme l'indiquent nos observations, la forme du ventre et le siége des mouvements nous laissaient penser que nous avions affaire à une occipito-iliaque gauche antérieure, par laquelle, en effet, se termina l'accouchement.

Chez les n°s 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, le summum, ainsi que la décroissance des battements doubles, se laissaient entendre à droite; les parties les plus larges et les plus résistantes du fœtus étaient senties du même côté d'une manière plus ou moins manifeste; le siége des mouvements actifs était assez variable; nous fûmes donc portés à diagnostiquer des occipito-iliaques droites qui ne se réalisèrent pas par la terminaison; mais il faut dire que chez cinq de ces femmes l'examen avait eu lieu vingt jours ou environ un mois avant l'accouchement.

Cependant chez les deux autres il ne fut pas pratiqué plus de sept jours avant.

Ce qui est remarquable, c'est que chez l'une de ces deux dernières (le n° 47) les parois utérines et abdominales étaient d'une telle laxité, qu'elles tombaient pour ainsi dire sur le devant des cuisses, et que la quantité du liquide amniotique permettait de déplacer très-aisément le fœtus,

bien que cette femme fût *primipare*. Du reste, nous avons vu plusieurs fois, ainsi que MM. Paul Dubois, Colombe, et autres, la quantité des eaux et la laxité des parois être telles, qu'il nous était facile, même à terme, de changer non-seulement la position, mais encore la présentation du fœtus.

Les observations 50 et 52 ont offert le summum au niveau et au-dessus de la ligne transversale, et les battements jusque dans l'épigastre; leur hauteur si prononcée, la sensation de parties résistantes vers cette région et le siége des mouvements, nous firent diagnostiquer des sacro-iliaques gauches. Ici l'erreur a été bien manifeste, puisque l'accouchement s'est terminé en occipito-iliaque gauche antérieure.

Nous ne pouvons nous expliquer un semblable mécompte qu'en supposant que la présentation a pu changer dans l'intervalle de l'examen à la terminaison, ou bien que le fœtus étant très-élevé dans l'utérus, et sa tête reposant sur la fosse iliaque, par exemple, le summum s'est nécessairement trouvé au-dessus de la ligne transversale et la décroissance des battements s'est fait entendre sur le restant du tronc placé presque transversalement dans la région supérieure gauche de l'organe, ou bien que le fœtus s'est trouvé placé de telle façon, que le son des battements a subi quelques modifications dans son mode de transmission, une sorte de réflexion, par exemple, dont nous ne saurions donner encore une explication précise. Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins vrai que voici, malgré toutes les précautions prises, deux cas d'erreur qu'il ne nous a pas été possible d'éviter.

Ainsi, on voit qu'en général nous avons été déterminés

à porter le diagnostic des présentations du vertex en position occipito-iliaque gauche antérieure par la situation du summum dans la région inférieure gauche, qu'il fût d'ailleurs rapproché de la ligne transversale ou du ligament de Poupart : que le palper et la sensation des mouvements actifs du fœtus ont rectifié plusieurs fois les erreurs de l'auscultation; le premier, en nous faisant sentir le plus souvent un corps résistant, large, arrondi dans le côté gauche de l'utérus; la deuxième, en nous indiquant par son siége à droite en haut surtout, et par sa nature, la présence des extrémités du fœtus. Néanmoins on a vu que, malgré la très-grande fréquence des occipito-iliaques gauches antérieures, fréquence sur laquelle on est toujours bien prévenu lorsqu'on arrive près d'une femme à terme; nous avons commis des fautes graves de diagnostic, surtout par le fait de l'auscultation.

Position occipito-iliaque gauche postérieure.

Cette position a été placée ici seulement à cause de l'analogie qui existe entre les signes stéthoscopiques qui la caractérisent et ceux de la précédente. En effet, la seule terminaison de cette nature que nous offre l'observation 53 porte pour diagnostic une occipito-iliaque gauche antérieure, parce que le summum des battements s'entendait dans le quart inférieur gauche, et même un peu en avant; les autres moyens ne nous fournirent rien de particulier.

Cette différence, que nous verrons être très-fréquente dans les positions occipito-iliaques droites, est une des nombreuses causes d'erreur de l'auscultation.

Position occipito-iliaque droite.

Nous avons réuni dans ce seul chapitre les antérieures et les postérieures, parce que, comme nous l'avons dit, il nous a été rarement possible de les discerner ; les observations particulières feront mention des cas où nous avons pu, où nous avons cru pouvoir le faire.

Vingt-sept observations nous ont offert cette terminaison, et, sur ce nombre, l'auscultation a donné le summum des battements doubles :

16	fois dans la région inférieure droite.		
2	*Id.*	*Id.*	supérieure droite.
7	*Id.*	*Id.*	inférieure gauche.
3	*Id.* dans l'hypogastre sur la ligne transversale.		

Ici nous avons trouvé le summum plus fréquemment dans la région inférieure droite que dans les autres, c'est-à-dire dans le rapport de 16 à 12. Nous ne répéterons pas pour cette position les remarques détaillées que nous avons faites sur les précédentes, et qui lui sont également applicables. Ainsi, ce qui est relatif à la cause de l'élévation du summum au-dessus de la ligne transversale, aux diagnostics qui ont été rectifiés par les moyens accessoires, etc. Les observations 56 et 64, et deux autres que nous n'avons pas mentionnées au tableau sont peut-être les seules dans toute cette série qui nous aient permis d'une manière certaine de distinguer les positions postérieures des antérieures. En effet, dans ces quatre cas, le summum des battements s'entendait très-en arrière ou semblait éloigné. Mais dans la plupart des autres cas, ou bien les battements à leur summum nous parurent antérieurs, ou bien il nous fut impossible de calculer leur plus ou moins grand éloi-

gnement, c'est alors surtout que notre diagnostic a été, malgré nous, dirigé par ce que nous savions de la fréquence plus ou moins grande de chaque position plutôt que par les signes de l'exploration.

Nous fûmes portés à diagnostiquer des occipito-iliaques gauches antérieures chez les nos 69, 71, 77, 78, 80, parce qu'en effet le summum s'entendait évidemment dans la région inférieure gauche, et que les autres signes semblaient concorder avec l'auscultation, et néanmoins tous eurent pour terminaison des occipito-iliaques droites postérieures.

Il est vrai que chez quelques-unes l'examen eut lieu plusieurs semaines avant; mais, chez d'autres, ce fut la veille même ou à un moment très-rapproché de l'accouchement. Voici donc ici deux positions tout à fait opposées prises l'une pour l'autre.

Deux autres observations, les nos 73 et 75, parurent tant par le siége des battements, que par les autres signes être des présentations de l'extrémité pelvienne, l'une droite et l'autre gauche, et furent véritablement des occipito-iliaques droites postérieures.

Enfin, le no 70, dont l'accouchement a eu la même terminaison, présenta cette circonstance très-remarquable, que, malgré toute notre attention et nos examens réitérés, il nous fut impossible de distinguer, en quelque point que ce fût, le bruit de battements doubles; on n'entendait qu'un bruit de souffle très-prononcé en divers points. Cette circonstance, le bon état de santé de la femme, l'accroissement de son ventre, écartèrent toute idée de mort du fœtus, qui, en effet, vint vivant et très-vivace.

On voit, en résumant ce qui se rapporte à cette position, que la présence du summum des battements doubles dans

la région inférieure droite, jointe à la sensation du tronc du fœtus du même côté et au siége des mouvements de ses extrémités dans les régions gauches, nous ont fait diagnostiquer la plupart du temps les occipito-iliaques droites d'une manière assez exacte ; mais nous avons souvent été trompés sur les positions antérieures ou postérieures, par la présence plus fréquente, du moins en apparence, du summum à la partie antérieure de l'utérus, et cette même erreur s'est répétée pour quinze des dix-huit observations que nous n'avons pas relatées ici avec détails.

Mais ce qu'il y a de beaucoup plus grave, c'est que les différents signes nous ont fait prendre des positions droites postérieures pour des gauches antérieures. Afin de montrer que dans les cas où le toucher ne peut pas éclairer le diagnostic, l'auscultation, souvent utile pour diriger le praticien dans les procédés qu'il doit employer, peut l'induire en erreur, surtout quand il s'agit de distinguer une antérieure d'une postérieure du même côté, il suffit de relater un fait qui est arrivé à M. Paul Dubois lui-même. Ce professeur, obligé d'appliquer le forceps chez une femme, eut beaucoup de peine à reconnaître exactement la position par le toucher. Il employa alors l'auscultation, qui lui fit diagnostiquer une position occipito-iliaque droite antérieure. Sur cette indication, le forceps, appliqué suivant les règles ordinaires, retira un enfant qui se trouvait au contraire en occipito-iliaque droite postérieure, et dont l'instrument avait fortement contourné le cou. Heureusement cette torsion n'eut aucune suite, et n'empêcha pas l'enfant de venir vivant.

Cette observation n'a pas besoin de commentaires.

(*La suite et la fin au numéro prochain.*)

NOTE

SUR L'ECLAMPSIE.

Lue à la séance du 19 novembre 1841, de la Société de médecine de Paris.

Par Art. DANYAU,

Agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien et professeur adjoint à l'hospice de la Maternité, etc.

Rien n'est peut-être plus nuisible aux vrais progrès de l'art, rien ne contribue peut-être plus à égarer le jeune médecin au début de la pratique que l'empressement trop commun qu'on met à proclamer les cas heureux, et l'oubli plus fréquent encore qu'on réserve aux insuccès. Il m'eût été facile de trouver parmi les notes déjà nombreuses que j'ai recueillies, soit pendant mes services intérimaires à la Clinique d'accouchement, soit à la Maternité dans la division qui m'est confiée, des observations qui auraient attesté la puissance de la nature ou l'heureuse coopération de l'art, et les faits ne m'auraient pas manqué au sujet de la maladie même dont je vais avoir l'honneur de vous rapporter deux exemples. Mon choix s'est arrêté sur deux cas d'éclampsie dont l'issue a été fatale non-seulement pour les enfants, mais encore pour les mères, parce qu'ils m'ont paru être d'un intérêt plus général que des faits trop exclusivement obstétricaux, parce que leur terminaison si promptement funeste témoigne de l'excessive

gravité de la maladie, enfin parce qu'ils peuvent fournir, l'un d'eux surtout, des remarques importantes sous le rapport de la pratique des accouchements.

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Eclampsie au début du travail, mortelle peu de temps après l'accouchement.*

Le 28 octobre 1840, je fus mandé, à huit heures du matin, par M. le docteur Thor, de Sceaux, pour une dame en travail, à Bourg-la-Reine.

J'arrivai à neuf heures chez M. D***, qui me conduisit aussitôt près de sa jeune femme, et me donna les renseignements suivants :

Après dix mois de mariage, madame D*** était arrivée au terme d'une grossesse qui, sous tous les rapports, avait été parfaitement heureuse. Cette jeune dame, à peine âgée de 17 ans, blonde, sanguine et d'une force au-dessus de son âge, avait tout à coup, la veille au matin, éprouvé un trouble notable de la vue presque sans céphalalgie. M. Thor, bien instruit de toute la gravité de ce symptôme précurseur, avait immédiatemeut pratiqué une large saignée. Le trouble de la vue avait néanmoins persisté presque au même degré. Dans la soirée, le travail s'était déclaré par quelques douleurs qui avaient continué, mais faibles, toute la nuit. Pendant ce temps, la vue avait été peu nette, le regard hébêté, et par moments la parole embarrassée. Tout à coup, à quatre heures du matin, cette pauvre jeune femme avait été prise d'une attaque éclamptique d'une violence extrême, et sa mère, qui était auprès d'elle, crut qu'elle allait passer entre ses bras. Plusieurs autres attaques avaient suivi, fortes, rapprochées, sépa-

rées par un coma profond et sans le moindre intervalle lucide.

M. Thor, qui fut appelé, lui trouvant le pouls faible et la figure pâle, ne voulut pas faire tirer de sang. Il prescrivit un bain et une potion antispasmodique.

Il y avait peu de temps qu'elle était sortie du bain lorsque j'arrivai auprès d'elle, et dans ce moment même elle était dans un accès convulsif. Cet accès était complet ; muscles de la face, des yeux, du col, du tronc et des membres, tous étaient horriblement convulsés. Le visage était violet, la bouche souillée d'écume, la peau chaude, le pouls fort et extrêmement fréquent. Il n'y avait, au reste, aucune trace d'anasarque ; les extrémités inférieures et les parties génitales étaient entièrement exemptes d'œdématie.

Mon premier soin fut de constater l'état de l'orifice utérin. Il était mince, dilaté de huit à dix lignes environ, dilatable de quelques lignes, mais au-delà ferme et résistant. Les membranes étaient entières; la tête, qui se présentait par le sommet, était médiocrement engagée.

En un tel état de choses, on ne pouvait songer à terminer l'accouchement. — Cette opération, utile pour la mère, ne pouvait plus, du reste, l'être pour l'enfant, qui avait cessé de vivre.

Je pratiquai, par une large ouverture, une saignée d'une livre au moins. L'intestin ayant été préalablement vidé, je fis administrer un quart de lavement avec un demi-gros de camphre, un demi-gros d'assa fœtida et douze grains de musc, dont les deux tiers environ furent retenus. Des compresses froides furent appliquées sur la tête.

Près d'une heure et demie s'était écoulée, et, pendant tout ce temps, les accès n'avaient cessé de se succéder avec

une intensité et une rapidité effrayantes. Chaque convulsion s'annonçait par une rotation des yeux en dehors et en haut, et par l'agitation des paupières, continuait par l'inclinaison de la tête, soit à droite, soit à gauche, la contraction saccadée plus forte des muscles faciaux, et le tiraillement plus prononcé de la commissure labiale du côté incliné; puis, tout à coup, survenaient de violentes secousses du tronc et une contraction saccadée des membres; les inférieurs restant étendus, les supérieurs tantôt dans l'extension, et la rotation en dedans, tantôt agités ensemble ou séparément de mouvements brusques et répétés de flexion. Bientôt l'écume arrivait à la bouche, puis la respiration ronflante, stertoreuse, annonçait le passage de l'attaque convulsive à l'état comateux qui, au bout de deux ou trois minutes au plus, était suivi d'un nouvel accès.

Vers dix heures et demie, il y eut un peu de calme, et la malade commença à faire entendre quelques plaintes, et à se tortiller dans son lit comme une femme en travail. Par moments, le corps de l'utérus était dur au toucher, son orifice bien tendu, et la poche saillante. Cet état persista jusqu'à onze heures et demie sans retour d'accès convulsif. Cette amélioration fut-elle la conséquence du traitement que j'avais mis en usage ou le résultat de la marche naturelle de la maladie? Je ne saurais le dire. Quoi qu'il en soit, je n'osai modifier, même pour moi, le pronostic extrêmement grave que j'avais porté tout d'abord. A onze heures et demie, les douleurs n'ayant pas opéré une dilatation plus considérable de l'orifice, je fis pulvériser et partager en trois paquets deux grammes de seigle ergoté. Un premier tiers, délayé dans de l'eau, fut avalé sans beaucoup de peine, par petites

gorgées. Les contractions devinrent en peu de temps sensiblement plus fortes, et près de trois quarts d'heure se passèrent encore sans accès. La dilatation, pendant ce ce temps, avait fait quelques progrès.

Vers midi un quart un accès violent eut lieu. Le travail paraissant ensuite se ralentir, je fis prendre une seconde dose de seigle ergoté. Les douleurs se réveillèrent, et dès-lors, sans attendre une plus grande dilatation de l'orifice, je rompis les membranes, et, non content de laisser écouler l'eau qui sortit spontanément, je soulevai à deux reprises la tête pour en faire évacuer le plus possible.

Le cas me paraissait si grave que je n'attendais pas grand résultat de cette déplétion de l'utérus, et en effet les accès se répétèrent malgré l'évacuation des eaux. Ils devinrent même si forts et s'accompagnèrent d'une telle congestion vers la tête qu'à une heure moins un quart je crus devoir rouvrir la veine; je tirai deux fortes palettes de sang. Les accès n'en continuèrent pas moins. Au milieu de cette marche désastreuse, j'avais au moins la satisfaction de constater les progrès de la dilatation, et je voyais arriver le moment où il me serait possible de donner à cette malheureuse femme la seule chance de salut, hélas! désormais bien faible, dont l'art pût encore disposer.

A deux heures moins un quart la tête n'avait pas franchi l'orifice, la dilatation n'était pas complète, mais elle était assez avancée pour que l'application du forceps dût être tentée et fût possible. Il n'y avait pas à balancer.

La malade fut placée sur le bord de son lit, le siége le plus élevé possible sur un plan ferme et résistant. Procédant à une exploration plus attentive qu'il ne m'avait été

possible jusqu'alors de le faire. Je reconnus, ce qui ne devait pas ajouter médiocrement aux difficultés déjà assez grandes de l'opération, que la fontanelle antérieure était dirigée en avant et à gauche. Une quatrième position, une tête encore élevée, un orifice non franchi, des parties génitales résistantes, c'étaient là des circonstances bien défavorables, mais rien ne devait arrêter. Débarrasser l'utérus eût été, dès le principe, l'indication à remplir ; ce que l'état des choses avait, à notre grand regret, obligé de différer, était devenu praticable; il fallait agir, quelles que fussent les difficultés.

Le placement des branches fut facile et prompt, et leur articulation presque spontanée. Il n'en fut pas de même du reste, et ce ne fut pas sans de grands efforts que je parvins à faire descendre l'occiput resté en arrière jusque sur le plancher du périnée, et particulièrement à lui faire franchir la commissure postérieure de la vulve. Après l'extraction de la tête, le tronc ne fut pas expulsé par les contractions utérines qui étaient à peu près nulles. Deux doigts furent glissés vers l'aisselle qui était en arrière, et le tronc fut entraîné sans peine.

Une faiblesse et une pâleur prolongées avec froid des extrémités suivirent cette opération laborieuse. Je me hâtai de recoucher la malade, de la couvrir de linges chauds, et je lui administrai quelques cuillérées de vin et d'eau-de-vie étendue d'eau. Ranimée de cet état alarmant, elle passa à un état comateux prolongé, interrompu par des accès fréquents, mais plus faibles, et qui se termina par la mort, à sept heures du soir.

La délivrance avait été opérée avec la main introduite dans l'utérus; le placenta, au bout d'une heure et demie,

et malgré quelques tractions, n'étant pas encore détaché. Cette manœuvre qui, après le laps de temps écoulé, eût été nécessaire dans tout autre cas, l'était bien plus encore dans celui-ci, où la déplétion totale de l'utérus était si impérieusement indiquée. Elle n'offrit d'ailleurs aucune espèce de difficulté.

L'autopsie ne fut point faite. Nous eût-elle éclairé, je ne dis pas sur la nature impénétrable de la maladie, mais sur les circonstances particulières qui lui ont, dans ce cas, donné nn si terrible degré de gravité? Je l'ignore et j'en doute. Une violente congestion des vaisseaux de l'encéphale, telle eût été probablement, vu le peu de temps écoulé depuis le début de la maladie, la seule altération que le scalpel eût constatée.

On comprendra sans peine quelles durent être, dans un cas si grave et dont, dès le premier abord, la terminasion paraissait devoir être inévitablement mortelle, les inquiétudes qui m'agitèrent. La confiance absolue que M. Thor avait bien voulu appeler sur moi, et que les parents me conservèrent jusqu'à la fin, me donna sans doute la force de proposer ou de faire tout ce que me paraissait commander une situation même désespérée, et, quoique j'aie la conscience de n'avoir rien négligé de ce qui pouvait offrir une chance de salut, je n'en éprouvai pas moins, pendant comme après l'événement, le vif regret d'avoir à porter tout seul la responsabilité d'une catastrophe qui plongeait si brusquement toute une famille dans le deuil.

Dans un cas si grave, comme dans ceux qui le sont moins, terminer l'accouchement est l'indication capitale. Arriver à cette opération le plus tôt possible doit donc être

le but de l'accoucheur. Tous les autres moyens qui constituent ce qu'on peut appeler le traitement médical de l'éclampsie préviennent quelques-unes de ses conséquences les plus graves plutôt qu'ils n'en arrêtent réellement la marche. J'attendais donc avec une bien vive impatience le moment où il me serait possible d'agir. Eussè-je pu hâter cette époque si désirée, en pratiquant, comme cela a quelquefois été fait avec succès, des incisions sur le col utérin? Je ne le pense pas. Les douleurs étaient faibles, la tête était peu engagée, après la rupture même des membranes; elle ne pressait pas sur l'orifice, et elle restait encore assez élevée au moment où, la dilatation étant un peu avancée, je me décidai à appliquer le forceps. Si les circonstances eussent été autres, et si j'avais eu l'espoir que, le col incisé en divers sens, la tête eût bientôt, poussée par de fortes contractions utérines, franchi l'orifice, je n'eusse pas hésité à imiter la conduite de M. le professeur Dubois, qui, dans un cas que je connaissais, mais moins grave que celui que je viens de rapporter, sut habilement profiter des dispositions favorables que j'ai indiquées, mais qui, chez M. D***, n'existaient malheureusement pas.

DEUXIÈME OBSERVATION. — *Eclampsie chez une primipare dont l'enfant présentait la face en première position. — Mort deux heures après le premier accès.*

Cette observation est plus remarquable encore que la première sous le rapport de la promptitude avec laquelle la malheureuse femme qui en fait le sujet succomba.

Catherine Grenier, 27 ans, blonde, à peau blanche et fine, grande, forte, régulièrement menstruée, toujours bien

portante, fut admise à la Maternité au huitième mois et demi de sa première grossesse. Depuis le moment de la conception jusqu'au jour de son entrée, sa santé n'avait pas cessé d'être excellente, et elle continua d'être parfaite jusqu'à l'époque de l'accouchement. Le ventre était médiocrement développé. Il n'y avait point d'anasarque, pas même d'œdème partiel, et Catherine Grenier, pendant les quinze jours qui précédèrent son accouchement, se montra toujours gaie, vive, alerte, et disposée à se rendre utile dans la maison.

Des douleurs lombaires, de la pesanteur dans le bassin, l'engagèrent à se présenter à la salle des accouchements le 30 déc. 1840, à onze heures du matin. On trouva l'orifice dilaté de 10 lignes, mais encore épais et ferme, et l'on reconnut à travers les membranes, entières et flasques, une présentation de la face. C'était une position mento-iliaque droite postérieure. Les douleurs étaient presque nulles et fort éloignées. La femme, reconduite à son dortoir, se représenta le lendemain, à sept heures du matin. Le travail était plus franchement déclaré, la dilatation avait fait quelques progrès; l'orifice était épais encore, mais plus souple. Les membranes étaient toujours intactes. — Je vis cette femme ce jour-là; je constatai la présentation et la position, et toutes circonstances locales et générales me paraissant favorables, j'augurai bien de la terminaison de l'accouchement.

A huit heures et demie du soir, madame Charrier m'envoya chercher en toute hâte; une demi-heure après, j'arrivai auprès de la pauvre patiente. J'appris que, dans l'après-midi et surtout vers six heures, la dilatation étant

alors complète et les membranes rompues, la malade avait accusé un peu de céphalalgie, qu'elle avait montré une grande indocilité qui contrastait avec le calme et la résignation qui avaient existé jusqu'alors, qu'à sept heures trois quarts, après de fortes contractions utérines et de grands efforts qui avaient engagé la face dans l'excavation, mais sans lui imprimer le mouvement de rotation indispensable à son expulsion, et en abaissant au contraire le front davantage, un violent accès d'éclampsie était survenu, qu'après une minute de convulsions terribles, un coma profond de cinq minutes avait eu lieu ; qu'on avait profité de cet état, et d'un retour très-passager de la connaissance pour pratiquer une large saignée ; qu'enfin, des tentatives répétées d'application du forceps avaient échoué ; que, pendant toutes ces manœuvres, les accès convulsifs et le coma s'étaient succédés sans que les facultés intellectuelles ou les fonctions sensoriales se rétablissent.

Un cinquième accès d'une violence moindre que les précédents, mais très-fort encore, avait lieu au moment où j'approchai du lit de cette femme, dont la position me parut désespéré. La face était pâle, couverte de sueur, le pouls petit, fréquent, par moments imperceptible, la sensibilité complétement abolie. La délivrer me parut un devoir plutôt qu'une resssource. L'enfant avait succombé depuis quelque temps, et je n'avais plus à le ménager. Je perforai le crâne au-dessus de la racine du nez avec les ciseaux de Smellie. J'évacuai, par des injections répétées, la masse cérébrale ; puis, à l'aide d'un crochet mousse porté à l'intérieur du crâne, par la perforation que j'avais faite, je fis exécuter à la tête un mouvement de rotation qui ramena le menton en avant dans l'arcade des pubis. L'extraction

de la tête n'offrit ensuite aucune difficulté. Il n'en fut pas de même du tronc; et, pour l'attirer au dehors, il me fallut placer un crochet mousse dans le creux de l'aisselle qui était en arrière.

Un sixième accès avait eu lieu pendant cette opération; un peu plus tard, après la délivrance, qui suivit de près l'accouchement, il y en eut encore un septième : ce fut le dernier. La malheureuse succomba à [illegible] heures trois quarts, deux heures seulement après l'invasion des premiers accidents. — Le cerveau et les membranes étaient légèrement congestionnées.

Ce cas a quelque chose d'effrayant. Des symptômes, dès le début si graves, une marche si rapide laissent à peine à l'art le temps d'appliquer ses ressources. Il existait ici d'ailleurs des circonstances qui devaient ajouter encore à la gravité de la maladie. C'était, comme l'auront deviné sans peine les médecins familiers avec la pratique des accouchements, l'absence du mouvement de rotation, par suite duquel, dans un mécanisme régulier, le menton est ramené en avant dans les présentations de la face. La persistance du menton en arrière rend, dans ces présentations, l'application du forceps fort difficile, quelquefois impossible même entre des mains habiles et exercées, et le plus souvent dangereuse pour la mère et pour l'enfant. Si l'on avait eu affaire à une présentation du sommet, l'application du forceps, à l'époque où elle fut pratiquée, eût été facile, l'extraction de l'enfant eût été prompte, et sans prétendre que la femme eût été sauvée (je ne crois pas qu'elle pût l'être), au moins serait-on arrivé plus promptement au but qu'on doit s'efforcer d'atteindre en pareil cas, à la déplétion de l'utérus.

Cette observation, jointe à beaucoup d'autres, que la

science possède maintenant, prouve, comme l'établit depuis longtemps M. le professeur Paul Dubois dans ses leçons, qu'on a eu tort d'assimiler les accouchements par la face à ceux par le sommet sous le rapport de la facilité même de l'expulsion du fœtus. Il ne suffit pas de dire qu'en ce qui concerne la vie de l'enfant, ils sont plus graves que les accouchements par le sommet. Il faut encore ajouter qu'ils le sont plus pour la mère elle-même. Aux craintes exagérées des anciens sous ce rapport a succédé une confiance qui ne l'est pas moins. Boer et Mme Lachapelle ont à cet égard été trop exclusifs. Tant il est vrai que dans les sciences, il faut souvent passer par les opinions extrêmes pour arriver à une opinion mixte réellement basée sur l'expérience. Que dans une présentation du sommet l'occiput dirigé en arrière ne soit pas, par un mouvement étendu de rotation, ramené en avant, qu'il persiste dans sa situation primitive, l'accouchement n'en sera pas moins possible par les seuls efforts naturels. Si au contraire, dans une présentation de la face, le menton reste en arrière, l'accouchement sera impossible sans l'intervention de l'art, et si l'art doit intervenir, il le fera dans des circonstances fâcheuses et rencontrera quelquefois des difficultés presque insurmontables. Deux ou trois faits qu'on peut considérer comme tout à fait exceptionnels ne sauraient infirmer cette proposition du professeur en chef de la maternité.

Permettez-moi, messieurs, de terminer cette lecture, par la communication d'un fait qui se rattache au sujet dont vous avez bien voulu me permettre de vous entretenir. C'est encore un cas d'éclampsie, mais qui offre ceci de particulier et de rare, qu'il concerne une femme par-

venue déjà à la fin du quatrième jour de ses couches. Je termine en quelques mots.

TROISIÈME OBSERVATION. — *Trois accès d'éclampsie à la fin du quatrième jour des couches, chez une femme qui n'avait éprouvé aucun accident de cette espèce, ni les jours précédents, ni pendant le travail, ni pendant sa grossesse.*

Jeanne-Marie *Pierson*, âgée de 19 ans, ouvrière en bonnets et en robes, un peu irrégulièrement menstruée, ordinairement bien portante, à part quelques maux d'estomac, parvint heureusement au terme de sa première grossesse. Cette jeune femme blonde, pâle, d'un embonpoint médiocre, n'avait jamais eu, à aucune époque de sa vie, d'attaque convulsive, épileptique, hystérique ou autre. Après un travail de trente heures et demie, naturel d'ailleurs, elle mit au monde, le 23 octobre 1840, à sept heures du soir, à la Clinique d'accouchement, une fille forte, de six livres, qui se présentait en première position du sommet, et dont la sortie fut promptement suivie de l'expulsion spontanée du délivre.

Les trois premiers jours de couches n'offrirent rien de remarquable qu'une somnolence continuelle. La fièvre de lait eut lieu au troisième jour, et les seins se dégorgeaient naturellement vers la fin du quatrième jour, lorsque tout à coup, sans colique, sans refroidissement, sans émotion morale, sans suppression des lochies, sans aucune cause appréciable en un mot, elle fut prise le 27 octobre, à neuf heures du soir, d'un accès d'éclampsie qui dura deux minutes et demie; un autre eut lieu à neuf heures et demie,

et un troisième à onze heures, tous trois suivis de coma, tous trois, même les deux derniers, suivis d'un retour parfait des facultés intellectuelles et des fonctions sensoriales.

Saignée du bras, sangsues aux apophyses mastoïdes, lavement purgatif, sinapismes aux pieds.

Après onze heures, les accès ne se renouvellèrent plus. Le lendemain, je trouvai la malade en très bon état; la somnolence même était moindre. Je prescrivis ce jour et le suivant un *quart de lavement* avec *assa-fœtida deux grammes*, et la diète. Les accidents ne s'étant pas renouvellés, je rendis ensuite les aliments. La malade sortit parfaitement guérie le 4 novembre 1840.

OBSERVATION

SUR UNE RÉTENTION D'URINE,

Lue à la Société de médecine de Paris,

Par M....

(Imprimée par décision de la Société de médecine de Paris,)

Le malade qui fait le sujet de l'observation que je vais avoir l'honneur de communiquer à la société est un marchand ferrailleur, âgé de cinquante-huit ans, ancien militaire, d'une taille élevée, assez maigre de corps, et d'une constitution essentiellement nerveuse. Par une disposition toute particulière des organes urinaires, cet homme n'a jamais pu boire de vin, et surtout du vin blanc, sans éprouver aussitôt une envie d'uriner pressante, presque toujours

accompagnée de douleurs vives et poignantes au col de la vessie.

Cette extrême susceptibilité de la vessie a commencé à se faire sentir vers l'âge de vingt ans, sans cause connue, et a constamment persévéré depuis ce moment, quelles qu'aient été les situations diverses de la vie de cet homme, et les grandes fatigues qu'il a pu éprouver comme soldat dans les guerres de l'empire. Il en est résulté pour lui l'habitude de ne boire généralement que de l'eau; cependant deux fois seulement, et à deux ans d'intervalle, s'étant, par entraînement, écarté de ce régime sévère, mais nécessaire à sa santé, il s'est immédiatement manifesté chez lui des accidents, moins dangereux peut-être qu'extraordinaires, et que je vais rapporter dans cette observation.

M. Carrich, c'est le nom du malade, se rendit le 25 décembre 1839 à la barrière du Trône pour son commerce; vers midi, ses affaires étant terminées, d'autres marchands de sa connaissance l'invitèrent à déjeuner; pendant la première moitié de ce repas, il refusa le vin qu'on lui offrait; toutefois, à la fin du déjeuner, la crainte de désobliger les personnes avec lesquelles il se trouvait, lui fit enfreindre la réserve qu'il s'était imposée jusque-là, et il but environ deux verres de vin blanc. L'envie d'uriner ne tarda pas à se manifester; elle fut accompagnée d'un sentiment de constriction au col de la vessie, qui bientôt rendit l'émission des urines tout à fait impossible. M. Carrich pensa alors qu'il serait plus prudent de rentrer chez lui; mais il fut plus de trois heures à venir de la barrière du Trône au boulevard, obligé qu'il était par la douleur de s'arrêter à chaque instant. Parvenu dans la rue Saint-Antoine, il se vit forcé de prendre une voiture, qui le conduisit à sa de-

meure, rue Geoffroy-Langevin. Après avoir de nouveau inutilement cherché à débarrasser sa vessie de l'urine qu'elle contenait, il me fit appeler vers huit heures du soir; mais, ne m'ayant pas trouvé, il eut recours à un autre médecin. M. le docteur Mavré ayant été mandé, sonda le malade, et lui retira de la vessie environ trois litres d'urine limpide. Pendant quelques jours, M. Carrich éprouva le besoin de vider fréquemment sa vessie, et, en quelque sorte, au fur et à mesure que la sécrétion semblait se faire; néanmoins l'émission de ce liquide, quoique ayant lieu avec assez de difficulté, s'effectuait; enfin, après huit ou dix jours d'un traitement émollient, et qui consistait particulièrement dans l'usage des demi-bains et de cataplasmes appliqués sur la région inférieure du bas-ventre, l'état du malade s'améliora presque complétement, et il ne lui resta plus qu'un léger sentiment de douleur au col de la vessie toutes les fois qu'il urinait.

Deux années s'étaient passées, et, pendant tout ce temps, M. Carrich s'était scrupuleusement interdit l'usage du vin, lorsque, à la fin de décembre dernier, après avoir fait des affaires conjointement avec d'autres marchands, il les suivit dans un cabaret, et là, après avoir bu un demi-verre d'eau rougie seulement, il se laissa aller à prendre un verre de vin blanc; à peine avait-il commis cette imprudence, qu'il eut à s'en repentir : car les mêmes phénomènes qui s'étaient manifestés chez lui deux ans auparavant reparurent avec une grande intensité, et pendant trois heures environ il chercha vainement, et en éprouvant les plus vives douleurs, à rendre quelques gouttes d'urine. A mon arrivée, vers sept heures du soir, je trouvai cet homme dans une anxiété extrême, et se roulant sur le carreau de sa

chambre, tant il souffrait. Je m'empressai de le sonder, et je retirai de la vessie trois litres de liquide. L'opération terminée, le malade se trouva soulagé ; je le laissai fort tranquille et disposé à dormir ; ce calme apparent fut cependant de courte durée : car, à une heure du matin, les envies d'uriner, accompagnées de violentes douleurs, se manifestèrent de nouveau et à tel point, qu'il fut nécessaire de m'envoyer chercher. Je sondai M. Carrich pour la seconde fois, et, chose bien extraordinaire, quoiqu'il n'eût pris, depuis ma première visite, que quelques gouttes d'eau édulcorées avec du sirop de groseilles, je n'en retirai pas moins de la vessie trois litres d'urine. Je devais penser qu'une sécrétion urinaire aussi abondante ne se renouvellerait pas ; mais, à sept heures du matin, c'est-à-dire douze heures après la première introduction de la sonde, je me vis obligé, pour soulager les souffrances du malade, de le sonder de nouveau, et je trouvai encore dans la vessie deux litres d'urine ; j'avais, par conséquent, dans l'espace d'une nuit, extrait de la vessie de cet homme environ huit litres d'urine claire, limpide, et sans aucune odeur. Je fis aussitôt appliquer vingt sangsues au périnée, puis le malade fut mis dans un bain ; ce traitement eut une réussite pleine et entière, et le lendemain, dans la soirée, les accidents que je viens de faire connaître étaient tout à fait dissipés. Les jours suivants, les envies d'uriner ne se manifestèrent plus que de loin à loin ; la sortie du liquide contenu dans la vessie put avoir lieu librement et sans douleur ; en un mot, l'état de ce malade était tout à fait satisfaisant.

Telle est cette observation, qui m'a paru curieuse par la grande quantité d'urine que je retirai dans l'espace de douze heures de la vessie de M. Carrich, et dont on ne peut

se rendre compte que par une disposition essentiellement nerveuse du sujet : car le liquide ingéré n'ayant été, de trois heures du soir au lendemain matin, que de deux verres en tout, ne saurait être considéré autrement que comme une cause déterminante, dont l'action spéciale sur les reins a produit une excitation qui explique cette énorme sécrétion d'urine.

Je n'ai pas eu la pensée de faire examiner chimiquement le liquide extrait de la vessie de M. Carrich ; je le regrette d'autant plus, que cet examen aurait peut-être été de nature à me fournir quelques données qui auraient pu contribuer à compléter le fait que je viens de rapporter.

Ne m'étant, du reste, livré à aucune recherches particulières dans les ouvrages sur les affections de la vessie et des reins, j'ignore, par conséquent, s'il existe des cas analogues à celui que je viens de communiquer à la société.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ,

Par J. LISFRANC. Tome premier, in-8°, 696 pages.

Il est vraiment déplorable de voir des hommes d'un mérite réel et incontesté, tenir peu de compte des qualités qui les distinguent et que chacun se plaît à leur reconnaître, et montrer au contraire les prétentions les plus antipathiques à leur genre de talent, ambitionnant des succès auxquels ne sauraient les conduire ni la tournure

naturelle de leur esprit, ni la direction habituelle des travaux auxquels ils l'ont exercé. Ce travers, qui prend évidemment sa source dans l'orgueil humain, est si commun, que nous sommes toujours plutôt disposés à en gémir quand nous le rencontrons, qu'à diriger contre lui un blâme trop sévère. Nous ne pouvons pourtant nous abstenir de le signaler, moins encore dans l'intérêt de celui qui l'offre à notre observation, que dans l'intérêt général. Rien n'est plus propre, en effet, à détourner un homme d'un vrai talent des travaux utiles auxquels il pourrait se livrer, (et à priver le public de ce qu'il serait en droit d'en attendre.

Pour qui connaît M. Lisfranc, (et qui ne connaît cet homme à la rude franchise, à l'allure tout en dehors, ne dissimulant pas plus ses défauts que ses qualités?) il sera difficile de ne pas remarquer en lui le travers que nous avons signalé, et dont il est le premier à souffrir les conséquences. Qu'est en effet surtout M. Lisfranc aux yeux de ses contemporains, je ne parle ici que de la majorité, c'est-à-dire de ceux, qui, n'ayant point été en butte à ses attaques, parfois un peu brutales, n'ont contre lui aucune récrimination à faire, et ont plutôt pour lui des dispositions bienveillantes, de ceux auxquels sa position et sa renommée, justement méritées, ne portent aucun ombrage, ne donnent aucun sentiment de jalousie, qui ne sauraient même exciter la sienne, en supposant qu'il en fût susceptible? qu'est surtout M. Lisfranc aux yeux de ces juges désintéressés et aussi impartiaux qu'il est possible aux hommes de l'être? Quel résultat ces mêmes hommes attendaient-ils et désirent-ils toujours des travaux de M. Lisfranc? Pour eux, M. Lisfranc est par-dessus tout un habile opérateur, un homme qui a le génie de la mé-

canique chirurgicale, qui a travaillé avec bonheur à lui donner plus de précision, et dont la main ferme, adroite et savante exécute admirablement ce qu'il a conçu et réglé. Auteur de plusieurs procédés opératoires nouveaux et ingénieux, il a su en décrire le manuel avec une telle précision qu'il en fait exécuter sous ses yeux les plus compliqués à l'élève le moins expérimenté auquel il les enseigne pour la première fois. Ceci n'est point une exagération ; et je me rappelle que, suivant les cours de médecine opératoire de M. Lisfranc, je fus étonné d'exécuter du premier coup, sans tâtonnement aucun, sous sa direction, l'amputation partielle du pied d'après son procédé. Peu s'en fallut que par un petit sentiment de vanité intérieure, je ne me regardasse comme un chirurgien prédestiné, et n'attribuasse à une habileté native ce qui était le fait de la savante direction du maître. Je dus surtout être désabusé et réprimer l'essor de mon orgueil, quand je vis toute la série d'élèves, sous la même influence, être aussi habile que moi.

Que désire surtout de M. Lisfranc le public médical? Le traité de médecine opératoire qu'il promet depuis longtemps, et dont quelques fragments disséminés dans plusieurs recueils périodiques, et en particulier dans la *Revue*, font regretter qu'il ne complette pas son œuvre.

Est-ce donc à dire que nous défendions à M. Lisfranc de s'occuper d'autre chose, que nous le blâmions de publier sa clinique, de nous faire connaître les résultats de sa pratique ? Pas le moins du monde : nous préférerions seulement le voir se livrer aux travaux auxquels il est le plus propre et où il a le plus fait pour l'art.

Puisqu'il a voulu entamer la publication de sa clinique,

nous sommes fâchés qu'il n'ait pas donné à son travail une couleur plus immédiatement chirurgicale, une tendance plus directement confirmative de la supériorité de ses procédés opératoires appliqués à l'être vivant, tant dans leur exécution que dans leurs résultats consécutifs et définitifs.

On accuse souvent les auteurs de trop parler d'eux-mêmes, et pas assez des autres. Si M. Lisfranc ne peut échapper au premier reproche, on doit regretter qu'il n'ait pas mérité davantage le second. Il n'a guère parlé des autres que pour en dire du mal, que pour déverser sur eux des injures grossières et des sarcasmes de mauvais goût : il eût mieux fait de n'en pas parler du tout. En supposant qu'il ait des reproches fondés à faire à ses rivaux, il se donne tort par la forme de ses attaques. Il y a des choses qui ne devraient pas se dire, qui, à plus forte raison ne s'impriment pas. Tous les élèves qui ont suivi les cours de M. Lisfranc savent par cœur ses saillies tant soit peu triviales, les sobriquets plus ou moins déplacés par lesquels il désigne à leurs risées les diverses notabilités chirurgicales de l'époque, *les membres de la société d'admiration mutuelle*, comme il les appelle ; mais qui se serait attendu à voir une partie de ces facéties, dignes des trétaux de Tabarin, imprimées dans un ouvrage sérieux? M. Lisfranc aurait-il la prétention de se donner comme l'O'Connel de la tribune médicale? Sa taille d'athlète, l'âpreté et la trivialité de son langage, peuvent lui donner quelque analogie de forme avec l'orateur anglais, mais il n'en a ni la profondeur, ni cette éloquence énergique et originale qui passe quelquefois si rapidement du trivial

au sublime. D'ailleurs, le public auquel il s'adresse n'est pas la populace des trois royaumes.

La clinique de M. Lisfranc, par la forme qu'il lui a donnée, est une espèce de gros pamphlet de sept cents pages; eh bien, nous l'engageons sincèrement à renoncer à la polémique. Il n'a aucune qualité propre à ce genre d'écrit: il lui manque au moins les deux plus essentielles, la finesse et la force.

Une autre prétention que nous lui reprochons encore, c'est celle de se croire le chirurgien qui sait le mieux, qui sait seul faire l'alliance heureuse et indispensable de la médecine à la chirurgie. Il avait déjà prouvé surabondamment, par ses traitements des affections de l'utérus, combien ses idées médicales étaient fausses et incomplètes. Il suffit de lire dans le volume que nous avons sous les yeux les divers chapitres relatifs à l'*application des sangsues suivant les localités*, aux *considérations sur les évacuations sanguines en général*, à l'*injection et à la fluxion sanguines*, au *traitement des tumeurs blanches des articulations*, pour se convaincre qu'il n'a pas fait, depuis, beaucoup de progrès à cet égard. On y verra entre autres choses qu'il confond constamment la dérivation avec la révulsion, que les expériences de M. Magendie, sur l'absorption des veines, sont un de ses grands points d'appui en faveur de l'utilité des saignées comme moyen d'activer l'absorption. Rien ne serait plus dangereux que de prendre ces expériences physiologiques comme base des indications de la saignée en médecine. Les vraies et bonnes doctrines médicales à ce sujet sont bien antérieures à M. Magendie et à ses expériences, et reposent sur des fondements bien autrement solides.

Il serait bien long et peut-être fastidieux pour le lecteur de lui faire parcourir et surtout d'analyser en détail les vingt et quelques chapitres que renferme ce premier volume. Nous nous contenterons donc de signaler quelques remarques que nous avons faites chemin faisant, et par ordre de pagination, seul ordre à peu près qui règne dans l'ouvrage.

M. Lisfranc dit dans sa préface, et répète dans les chapitres relatifs aux ulcères atoniques et aux varices, que la plus grande fréquence de ces maladies du côté gauche et la plus grande lenteur de la circulation veineuse qui en est la cause immédiate, peuvent s'expliquer par le passage des deux artères iliaques externes sur la veine iliaque externe gauche. Que dire après cela de l'opinion opposée de ceux qui disent que la circulation veineuse est activée par les battements artériels voisins, et par toutes les contractions qui se font sentir sur les tubes veineux?

Le premier chapitre du livre intitulé : *Considérations sur la Luette*, contient une foule de détails d'histoire naturelle sur la luette des divers animaux, entre autres des marsupiaux, sur le larynx des cétacés, etc., etc., détails qui n'ont rien de clinique. M. Lisfranc considère la procidence de la luette comme cause de toux et de nausées, et, par suite, de phlegmasies aiguës ou chroniques des poumons et du larynx, et des gastriques chroniques qu'il a souvent guéries par l'excision. Un vrai médecin verrait-il dans ces symptômes sympathiques de la procidence de la luette des laryngites, des gastrites? M. Lisfranc accuse M. Velpeau de plagiat pour ne l'avoir pas cité en donnant pour précepte de couper la luette à l'aide de pinces et de ciseaux, et il qualifie cette conduite *de nouvelle galanterie de notre*

aimable confrère. Il faut avouer que le vol, s'il y a vol, ne valait pas la peine de réclamer si haut, ni en termes si *galants.*

Le chapitre qui suit, *Sur l'Application des sangsues suivant les localités*, contient quelques préceptes assez sages; nous eussions voulu les voir appuyés de plus de faits. Nous ajouterions volontiers à ceux de blessures de veines superficielles par ces annélides un cas qui nous est personnel de la lésion de la veine sous-cutanée abdominale d'où le sang s'échappait par un double jet s'élevant à plus de trente centimètres.

Nous attachons fort peu d'importance à l'application du stétoscope au diagnostic chirurgical, et principalement à celui des fractures et des calculs salivaires, et nous sommes loin de partager l'enthousiasme de M. Lisfranc à cet égard, et surtout de nous écrier avec lui : *plus de fractures douteuses!*

Nous sommes au contraire tout à fait de son avis lorsqu'il préfère le bandage mobile au bandage inamovible, et l'examen répété de la fracture, surtout dans les premiers jours, à l'emprisonnement immédiat et prolongé du membre froissé pendant toute la durée du traitement. Nous croyons surtout, comme lui, cette dernière méthode dangereuse dans les cas de fracture avec plaie. Le bandage bivalve ou perforé de Seutin nous paraît aussi insuffisant pour en compenser les graves inconvénients.

Ce chapitre sur les fractures est un de ceux du livre qui contient les meilleurs préceptes d'une bonne et saine chirurgie. Il faut surtout remarquer les considérations sur les fractures de l'avant-bras, la direction indiquée d'une manière précise et invariable de l'espace interosseux

radio-cubital, quel que soit le volume et l'état de maigreur ou d'embonpoint du membre. Pourquoi faut-il qu'à côté d'une chose bonne et sérieuse, on trouve le blâme du langage chirurgical des auteurs contemporains, dans un style que nous ne saurions qualifier qu'en en donnant un échantillon ; « *Depuis plus de vingt-cinq ans j'ai attaqué et j'attaque ce langage absurde et inexact, si cher à la coterie. Il blesse mon oreille comme une fausse note celle d'un musicien. Dussé-je être encore davantage persécuté, je ferai toujours la guerre aux obliqueries de haut en bas, de dehors en dedans, d'arrière en avant, de gauche à droite. Il faut en faire une ample et large justice; car il est temps enfin que les hommes qui s'occupent de sciences exactes, cessent de rire de pareilles inepties. On commence d'ailleurs à les trouver un peu moins souvent dans beaucoup de bouquins modernes.* » Et plus loin : « *Je ne cesserai de le répéter, les chirurgiens ne font que de la menuiserie.*

Les chapitres où il traite de la pustule maligne, de l'entorse, du furoncle et de la concrétion de l'humeur sébacée de la peau à la surface et dans l'épaisseur des téguments, ne contiennent rien de bien nouveau, à moins qu'on ne regarde comme tel l'emploi des diurétiques dans l'entorse.

Il nous semble y avoir quelque chose de bon dans sa doctrine du pansement des plaies qui ne suppurent pas encore, et dans le conseil qu'il donne de lever l'appareil le lendemain même de l'opération.

Son histoire des brûlures est un résumé à peu près fidèle des leçons de Dupuytren sur ce sujet, à part l'application des chlorures au traitement. Il fait remarquer avec raison que la gangrène dans les blessures est souvent pos-

térieure au développement de l'inflammation et en est la conséquence. Ne serait-ce pas là une des raisons qui ont fait dire que la brûlure augmentait pendant neuf jours, plutôt encore que la difficulté de juger auparavant de toute l'étendue de la désorganisation par l'action immédiate du feu ?

Faudrait-il adopter et mettre en pratique la proposition que fait M. Lisfranc, à propos de la saignée du bras, de disséquer la veine céphalique entre le deltoïde et le grand pectoral, et de l'ouvrir là, lorsqu'on ne peut saigner ailleurs ? Qui voudra accepter une pareille phlébotomie ?

Nous ne pouvons qu'indiquer les chapitres étendus sur la ligature des artères, sur la névrose et la carie, sur les règles générales pour l'extirpation et l'amputation des tumeurs, sur les hernies, les désarticulations, l'ulcère simple ou atonique, les tumeurs blanches. Il y a dans tout cela beaucoup de bonnes choses, mais tellement mêlées, et jetées d'une manière si diffuse, si peu méthodique, qu'on suit l'auteur avec peine, et que l'esprit ne sait le plus souvent sur quoi se reposer. Il s'en faut aussi que le point de vue clinique domine toutes ces questions; on y rencontre souvent des discussions de pure théorie, des longueurs historiques, et surtout de la polémique à la manière de l'auteur.

Fidèle à ses prétentions d'exactitude mathématique, il établit dans son chapitre des hernies une détermination plus précise et linéaire du canal, et rejette en ces termes la prétendu eforme d'un *z* que lui on donnée quelques anatomistes de notre époque : *Je ne la vois* (la forme d'un *z*), dit-il, *que dans l'esprit de ceux qui ont établi cette ridicule comparaison.*

Le chapitre des tumeurs blanches est le plus étendu du volume. C'est aussi celui qui contient le plus d'observations. Il renferme un nombre de guérisons tel, qu'il se trouvera certainement des incrédules qui penseront ou que M. Lisfranc a fait des tumeurs blanches à bon marché, ou qu'il s'est fait d'étranges illusions sur l'efficacité de sa méthode thérapeutique, si méthode il y a.

En résumé, le gros volume de M. Lisfranc contient beaucoup de choses, et même un assez grand nombre de bonnes. Il renferme d'un autre côté un très petit nombre de sujets traités, en sorte qu'on ne pourrait trop prévoir la masse de la collection, si elle était appelée à se continuer sur la même échelle, et à recueillir tout ce que la pratique chirurgicale de M. Lisfranc peut lui fournir d'intéressant à publier. Tout cela est exposé sans ordre, sans méthode, d'une manière fatiguante pour l'attention. On a beau dire que la Clinique n'admet pas cet esprit de suite, qui est le propre d'un ouvrage didactique; qu'elle expose les faits au hasard et sans liaison, comme l'observation les présente; cela peut être bon dans une leçon d'hôpital, quand on a les faits vivants sous les yeux, c'est même souvent une nécessité; mais quand l'être matériel malade manque, qu'on ne peut plus le faire toucher qu'aux sens de l'esprit, il faut nécessairement modifier son allure, exposer les faits dans un certain ordre, rapprocher les analogues, les discuter, établir les rapports, faire saillir les dissemblances; et, à l'aide de ce travail intellectuel, tirer des conséquences qui servent à confirmer les vraies doctrines, à infirmer les mauvaises, à formuler quelquefois des principes généraux nouveaux, et arriver en dernière analyse à édifier sur ces base la meilleure thérapeutique,

celle qui guérit le mieux, le plus sûrement et le plus vite, *tutò, citò et jucundè.* Qu'il s'en faut que toutes ces conditions soient remplies dans l'ouvrage de M. Lisfranc ! S'il persiste à poursuivre la publication de sa clinique, nous l'engageons bien sincèrement à modifier sa méthode. Nous l'engageons surtout à se pénétrer de cet esprit de charité qui rend le bien pour le mal, sa conscience en sera plus tranquille, et probablement ses ennemis en deviendront moins acharnés après lui, si toutefois il ne s'exagère pas la haine qu'on lui porte. Je suis persuadé, pour mon compte, que M. Lisfranc n'est pas un méchant homme. Il se passionne et se rend plus noir qu'il n'est diable. Voici mon dernier souhait : Qu'il laisse reposer quelque temps sa clinique; qu'il publie sa médecine opératoire; que sans s'occuper des autres, il décrive avec l'exactitude qui lui est propre ses procédés particuliers, tout le monde voudra posséder son livre, et ses rivaux les plus acharnés ne pourront s'empêcher de lui rendre justice; car quoi qu'on ait dit de sa méthode mathématique et linéaire, et qu'on ne puisse pas toujours conclure rigoureusement, dans les indications qu'il en déduit, de l'état sain à l'état malade, toujours est-il que le plus souvent ses appréciations sont plus exactes que dans les autres méthodes.

CORBY.

BASE D'UNE NOUVELLE PHYSIQUE, *ou découverte d'un quatrième état des corps, l'état sphéroïdal, par* P. H. BOUTIGNY, *correspondant de l'Académie royale de médecine, etc. Paris, chez Mathias, libraire, quai Malaquais*, 15.

L'histoire des découvertes présente de singuliers phénomènes. Tantôt on s'étonne des résistances et des persécutions qu'elles suscitent à; d'autrefois, à peine à leur berceau, la renommée les exalte et la fortune les accueille. Le hasard seul peut quelquefois expliquer ce contraste ; mais le plus souvent la raison n'en est que trop sensible. Est-on dans une position brillante et pourvu de patrons puissants, chacun s'empresse à aplanir la route de votre triomphe. Mais malheur au savant, riche d'idées et de faits importants, qui aura vécu dans une condition modeste et obscure! que de déceptions, que de contrariétés l'attendent! L'auteur du travail que nous annonçons en subit la triste preuve. Retiré dans un coin de province, M. Boutigny, qu'un besoin d'activité tourmente, consacrait à la science de nombreuses veilles, et le peu de loisirs que lui laissait sa laborieuse profession. Déjà par d'ingénieuses expériences il avait éclairé plusieurs problèmes intéressants, et son nom que la publicité avait honorablement produit, était encore connu par des encouragements académiques. Toutefois, les matières de ses recherches étaient particulières et isolées. Tout à coup il est fortuitement témoin d'un résultat insolite qui va développer un nouvel aspect de la physique! un soir, en examinant la réaction de l'éther sur la fécule, il jette sur des tisons encore chauds les petites quantités de ce liquide qui lui devenaient inutiles, et cette projection donne lieu à un belle lueur bleue, toute différente de la flamme ordinaire de l'éther. Le lendemain, il cherche au

jour à reproduire cette lueur, et pour cela, il verse quelques gouttes d'éther sur un creuset de platine légèrement chauffé; mais qu'aperçoit-il? Les gouttes s'arrondissent sans mouiller le creuset. Il ne peut en croire ses yeux; mais à force de répéter l'expérience et d'observer les mêmes résultats, il est obligé de se rendre à l'évidence. Bien plus, il plonge dans le petit sphéroïde l'extrémité d'une bande de papier de tournesol, et cette extrémité reste intacte, tandis que la partie qui se trouve dans le creuset roussit. Ainsi, au lieu de se vaporiser instantanément, comme cela aurait dû avoir lieu, suivant les lois connues de la physique, l'éther semblait s'être condensé en changeant de forme, et la température du sphéroïde était évidemment inférieure à celle de l'intérieur du creuset. Quelles pouvaient être la cause, les lois et la portée de ce phénomène? M. Boutigny l'ignore; mais il continue avec ardeur ses essais, il les répète sur divers corps et dans diverses conditions, et bientôt il est en mesure de fournir une série de faits curieux sur une nouvelle propriété de la chaleur. D'abord il communique son travail à la société de l'Eure, qui lui fait l'accueil le plus favorable; puis il l'envoie à l'Académie des sciences. Les marques de bienveillance qu'il avait antérieurement reçues de cette illustre compagnie, et la singularité de sa découverte le laissaient plein d'espérance; mais vainement compte-t-il sur un appui mérité. Cette fois un nouveau soleil menace de paraître; les susceptibilités, les jalousies s'éveillent; on retarde autant qu'il est possible l'heure de la justice; et lorsqu'enfin, après force réclamations et plaintes, cette heure arrive; on balbutie quelques froids éloges remplis de réticences.... Cependant, M. Boutigny ne s'était pas arrêté en chemin; l'inertie et les bou-

deries académiques avaient excité son indignation, mais ne l'avaient point découragé. Aux faits qu'il possédait, d'autres faits furent ajoutés, il cherche et entrevoit d'importantes applications. Or, ce sont tous ces faits et ces applications qu'il vient aujourd'hui signaler au public.

Parlons d'abord de la préface, dans laquelle M. Boutigny expose les tribulations qu'on lui suscite : elle révèle le sentiment d'amertune sous l'empire duquel elle a été composée, L'auteur, brûlant ses vaisseaux, y met à nu, sans ménagement, toutes les plaies de l'académie, montrant ces lenteurs calculées, ces approbations contraintes et perfides, et ces efforts dont on use pour annihiler ou s'approprier par des voies détournées les travaux d'autrui. On ne peut qu'admirer une pareille franchise. M. Boutigny a eu le courage de dire tout haut ce que tant d'autres, victimes comme lui du mauvais vouloir, si ce n'est des spoliations des hauts dignitaires de la science, n'osent exprimer qu'à huis clos. Si sa conduite était plus généralement imitée, elle aurait pour effet, sans doute, de rappeler à la pudeur certains hommes qui semblent croire qu'avec de hautes connaissances on peut se passer de probité. Par malheur sa voix se perdra dans le désert. Il n'aura servi personne et se sera attiré un peu d'hostilité de plus; car les corps savants pardonnent rarement, surtout les injures qu'ils ont faites. Nous le regrettons. Jeune encore, justement honoré, laborieux, auteur d'une découverte qui promet d'être féconde, M. Boutigny avait des chances, que par une précipitation imprudente, il s'est peut-être fermées. L'homme, qu'on ne l'oublie pas, est limité dans son développement; à côté de belles qualités on observe chez lui de grands défauts. Il faut l'accepter avec ses imperfec-

tions. M. Boutigny a eu le tort de croire que la supériorité de l'intelligence supposait nécessairement la générosité des sentiment et l'élévation du caractère; et comme celui qu'on détrompe d'une erreur à laquelle il fut profondément assujetti, il s'est indigné de rencontrer toutes les faiblesses humaines chez les idoles qu'il avait longtemps encensées. Nous ne doutons pas néanmoins qu'il ne finisse par vaincre des obstacles qu'il eût plus aisément surmontés avec de la longanimité et de la diplomatie.

M. Boutigny attache au phénomène qu'il a constaté le nom de caléfaction. Ce nom n'est peut-être pas heureusement choisi pour exprimer l'idée qu'il indique, c'est-à-dire le passage des corps liquides à l'état sphëroïdal ; mais peu importe le terme dont on se serve, pourvu que le sens en soit parfaitement fixé par la définition.

Tous les liquides, quelle que soit leur volatilité, et même quelques solides, sont susceptibles de caléfaction. Les expériences consignées dans ce volume sont très-multipliées. M. Boutigny a caléfié l'eau, l'éther, l'acide sulfurique étendu d'eau, l'ammoniaque, la solution d'amidon, l'acide chlorydrique, l'eau de Rabel, la glace, l'acide nitrique, les eaux distillées, le camphre, l'iode, etc., etc. Il a particulièrement produit un sphéroïde glacé avec l'acide sulfurique, ce corps si subtil et qui s'évapore rapidement à huit degrés au-dessous de zéro, Il nous serait impossible d'énumérer toutes les particularités de la caléfaction de chaque corps : voici en général ce qui se passe. Lorsqu'on verse dans un creuset métallique, ordinairement rougi à blanc, une certaine quantité de liquide, il se forme aussitôt une sorte de sphère aplatie qui s'agite dans le vase et qui persiste tant que la température est

maintenue au même degré. Cette petite sphère n'est ni solide, ni fluide, mais dans un état intermédiaire; sa température est tellement basse, que M. Boutigny a reçu le sphéroïde d'acide sulfureux dans sa main, froid comme la glace, et qu'en plongeant dans une sphère métallique rougie à blanc, et qui contenait un sphéroïde caléfié, deux thermomètres, dont la boule de l'un pénétrait le sphéroïde, et celle de l'autre restait dans la sphère au-dessus, tandis que celui-ci marquait plus de 600 degrés, l'autre s'abaissait de beaucoup au-dessous, circonstance qui bouleverse toutes les notions reçues sur l'équilibre de chaleur.

Mais ce n'est pas tout. Si on laisse refroidir le creuset, l'état sphéroïdal disparaît, et, sans passer à l'état liquide, le corps caléfié se convertit soudainement en vapeur. M. Boutigny, observant que le même phénomène se produit, soit qu'on agisse sur de grandes ou de petites quantités de liquide, crut reconnaître entre ce phénomène et la cause qui détermine l'explosion des machines à vapeur une certaine analogie. Pour vérifier cette induction, il a imaginé un appareil à l'aide duquel il opère en effet des accidents semblables à ceux des explosions dont il explique le mécanisme de la manière la plus satisfaisante, indiquant d'ailleurs quelques moyens préservatifs qui méritent d'être expérimentés. Cette partie de son travail, qui est d'une application directe, est pleine d'importance et d'actualité. On conçoit quelles actions de grâces il y aurait à rendre à M. Boutigny, si les indications qu'il donne avaient pour résultat de prévenir quelque horrible catastrophe semblable à celle qui vient récemment d'épouvanter la capitale.

M. Boutigny cherche enfin à donner la théorie de la

caléfaction ; mais pour cela il entre dans des explications compliquées qui dépassent notre compétence. C'est pourquoi nous n'insisterons point sur cet objet, dans la crainte de mal rendre des idées que nous avouons notre insuffisance à pouvoir suivre, et qui rentrent dans le domaine de la géologie et de l'astronomie.

Il y a cent ans environ, on avait déjà remarqué que les corps volatilisés, mis en contact avec des sulfures chauffés au rouge blanc ne bouillaient pas et conservaient leur volume ; mais ce fait était jusqu'ici resté sans interprétation et sans conséquence. Il était réservé à M. Boutigny de le faire revivre, de l'étendre, de le rendre fructueux ; il lui était réservé non-seulement, comme l'a dit ingénieusement un de ses analystes, de faire de la glace au milieu du feu le plus ardent, mais d'imprimer peut-être à toute une branche de la physique une nouvelle direction.

Pour de médiocres découvertes, pour des plagiats misérables, que d'hommes ont obtenu des titres et de la fortune ! Si M. Boutigny recevait aujourd'hui la récompense qui lui est due, assurément les portes de l'Académie ne tarderaient guère à s'ouvrir devant lui. Nous n'espérons pas qu'un tel honneur lui arrive, mais nous souhaitons néanmoins que l'Académie lui accorde plus de bienveillance et de justice et que le gouvernement lui vienne en aide ! DELASIAUVE.

De la menstruation, considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques, par A. BRIERRE de BOISMONT. —Paris, chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, n° 17.

Afin que nos lecteurs puissent apprécier la valeur de l'ouvrage que vient de publier M. Brierre de Boismont,

nous croyons devoir leur en donner d'abord un résumé analytique. Nous présenterons ensuite quelques réflexions sur les qualités et sur les défauts que nous y avons plus particulièrement remarqués.

L'ouvrage est divisé en deux parties, que précède une introduction. Celle-ci est destinée à énoncer quelques données préliminaires, à exposer le plan qui a été suivi, et à indiquer les principaux résultats qui ont été obtenus. Comme nous tenons à n'omettre aucun de ces résultats, nous aurons soin de nous servir des termes dans lesquels ils sont indiqués par l'auteur lui-même, nous tenons à ce que ceux d'entr'eux qu'il regarde comme les plus importants ne soient pas oubliés dans notre analyse.

La première partie comprend la physiologie de la menstruation ; la seconde partie en comprend l'étude pathologique.

La première partie est divisée en 13 chapitres. Voici comment l'auteur les résume dans son introduction.

Chapitre 1er. Après être entré dans quelques considérations générales sur la puberté, nous avons recherché sur 1200 femmes l'âge moyen de la menstruation dans les campagnes, les villes et la capitale, en insistant sur les différences qui séparent les classes moyenne, riche et pauvre, sur les causes qui retardent ou hâtent l'apparition des règles dans les villes, et principalement dans la capitale. Des tableaux multipliés jettent un nouveau jour sur cette question, et montrent ce que les recherches de l'auteur ont de commun avec celles des autres médecins, et ce qu'elles offrent de différent. L'influence de la latitude, des climats, des mœurs, de l'éducation, de l'hérédité, était trop ntéressante pour ne pas appeler l'attention de notre con-

frère. Un résumé général et un court aperçu sur les règles prématurées et tardives terminent ce chapitre.

CHAPITRE II. La menstruation doit être sous l'influence d'agents modificateurs; nous avons cherché à apprécier celle des tempéraments, des constitutions, des localités, de la couleur des cheveux et de la taille.—Comme dans le chapitre précédent, dont celui-ci doit être regardé comme une sorte de supplément, les conséquences sont déduites de tableaux dont l'auteur garantit l'exactitude.

CHAPITRE III. On a dit que l'apparition des règles était un phénomène physiologique, les observations de M. Brierre de Boismont lui ont prouvé que dans la moitié des cas, les femmes avaient été averties de leur approche par des accidents plus ou moins graves. Aussi a-t-il cherché à établir la moyenne du temps qui s'était écoulé entre les prodromes et l'apparition des règles, la nature des prodromes, leur ordre de succession, leur durée, les qualités, la quantité du sang, et les conditions qui en font varier les proportions.

CHAPITRE IV. -- La régularité ou l'irrégularité de l'hémorrhagie menstruelle pouvait conduire à quelques indices sur l'étiologie des maladies de l'utérus; les recherches de l'auteur sur ce sujet lui ont appris que l'irrégularité de la première apparition jusqu'à l'établissement définitif ne devait pas inspirer d'inquiétudes lorsqu'il n'y avait point d'organes malades, mais que l'irrégularité persistant donnait souvent lieu à des accidents variés.

CHAPITRE V. — Lorsque la menstruation a paru, il se manifeste des symptômes locaux et généraux dont la prédominance doit être connue. Un des plus remarquables est celui qui résulte de l'influence exercée par la men-

struation sur le système nerveux. Cette connaissance est surtout importante en médecine légale. On a souvent négligé l'auscultation du cœur et des gros vaisseaux. L'auteur pense que ce point n'est point à dédaigner, et qu'il peut donner lieu à quelques considérations pratiques. La gastro-entéralgie menstruelle, la durée des symptômes avant pendant et après la période utérine, lui ont paru enfin ne point être dépourvues d'intérêt.

CHAPITRE VI. — Les auteurs sont loin d'être d'accord sur le nombre de jours de la période menstruelle. Notre confrère a examiné les époques du retour de la menstruation chez plusieurs centaines de femmes. Ces relevés lui ont démontré qu'en général rien n'était moins certain que les lois posées par quelques auteurs : car il a vu venir les règles à toutes les époques du mois, embrassant des périodes fort différentes, se montrant quelquefois régulièrement deux fois par mois, et, chez d'autres, revenant pendant des années, au même quantième. Cette étude lui a permis de constater que le flux menstruel ne subissait point l'action de la lune, puisque chez quatre femmes dont il a noté avec soin chaque retour des règles, il n'a pu saisir aucune coïncidence entre les époques et les phases lunaires.

Dans ce même chapitre, la théorie de la menstruation se trouve abordée tout à coup sans que l'auteur nous dise pourquoi il n'en fait point l'objet d'un chapitre spécial. — Un grand nombre de théories ont été faites sur les causes de la menstruation ; M. Brierre de Boismont a surtout exposé celle de M. Gendrin, tout en signalant ce qu'elle lui paraît renfermer d'exclusif. Il signale une observation qu'il regarde comme une objection très-forte contre l'opi-

nion des docteurs Gendrin et Négrier sur les vésicules organiques.

Abandonnant brusquement ce sujet important qu'il semble n'avoir touché que par surprise, l'auteur termine le chapitre sixième en nous parlant de l'époque du soir ou de la nuit où se montrent les règles, et qui, dit-il, n'aurait été indiquée par personne. Ce point de vue lui a paru nouveau et propre à fournir des indications thérapeutiques plus précises.

CHAPITRE VII. — La force et la durée des règles offraient un sujet de recherches intéressantes. On peut dire d'une manière générale que la durée ordinaire est comprise entre un jour et huit jours, et que les périodes les plus ordinaires sont celles de huit ou de trois jours; quant à la force, elle est généralement plus grande vers le milieu; mais il y a des exceptions nombreuses, et dont plusieurs méritent d'être connues. La force et la durée des règles peuvent être modifiées par l'habitude dans les grandes villes, par le séjour dans les hôpitaux, par les changements de lieu, par les influences du mariage, de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement, et enfin, par la constitution et le tempérammment.

CHAPITRE VIII. — Les qualités du sang menstruel ont été étudiées avec beaucoup de soin depuis quelques années; notre confrère a cherché à vérifier l'exactitude des résultats publiés par MM. Denis, Nauche, Betzius, etc. Il donne une analyse nouvelle du sang faite par M. Bouchardat, et les observations microscopiques de M. Donné sur ce liquide.

CHAPITRE IX. — L'origine du sang menstruel est aujourd'hui bien connue. L'auteur, revenant ici sur un sujet qui

se rattache à la théorie de la menstruation, établit que l'origine du sang se trouve dans la matrice, mais que le vagin peut quelquefois le fournir, et que les ovaires concourent à le produire.

Le but de la menstruation n'est point douteux, dit l'auteur, elle est éminemment destinée à la fécondation. Mais dans cette question, ajoute-t-il, comme dans toutes celles qui sont du ressort de la médecine, l'exception se place à côté de la règle. Ainsi, il a observé des femmes qui n'étaient réglées que pendant la grossesse, ou seulement après la couche, d'autres qui auraient conçu ou qui auraient accouché sans avoir jamais offert les indices de la menstruation, de sorte qu'il lui a paru qu'on pouvait résoudre affirmativement cette question : une femme non réglée peut-elle se marier quand elle est bien conformée? Il faut toutefois remarquer, que, même dans ces cas, il n'a jamais vu manquer complétement le phénomène, et qu'il se passe là ce qui se passe dans les rougeoles, les varioles sans éruption.

Chapitre x. — L'auteur, dans ce chapitre, entre dans quelques considérations sur l'hygiène de la menstruation, qu'il rattache à trois chefs principaux, les moyens moraux et philosophiques, les moyens hygiéniques et les moyens thérapeutiques.

Chapitre xi. — La cessation des règles désignées sous le nom d'âge critique a offert à notre confrère un sujet de considérations nouvelles ; les différentes époques de l'âge critique, la durée de cette période, celle des symptômes, l'âge commun, l'âge moyen, ont été pour lui l'objet de recherches précises. C'est ainsi qu'il a pu affirmer, ce que l'on savait d'ailleurs auparavant, que l'âge critique arrive de la 40e à

la 50e année. La durée moyenne des règles est de 27 à 28 ans. La durée moyenne des accidents est de près de deux ans. Le total des jours employés par la nature à la menstruation, est réellement effrayant; chez une femme réglée huit jours pendant trente ans, huit années sont consacrées à cette fonction. Dans ce chapitre, l'auteur parle de la métrorrhagie de l'époque critique. Des faits nombreux cités par l'auteur démontrent que ces pertes énormes ne sont souvent liées à aucune maladie de la matrice; et que les femmes s'en rétablissent très-bien, quoique quelques-unes en aient été incommodées quinze années de leur vie.

CHAPITRE XII. — Ce chapitre est consacré à des considérations relatives à l'hygiène de la ménopause qui consiste, comme celle de la menstruation, dans l'emploi de trois ordres de moyens que l'auteur appelle hygiéniques, philosophiques et thérapeutiques.

CHAPITRE XIII — Notre confrère abandonne l'hygiène pour revenir à la pathologie. Dans ce chapitre il examine les flueurs blanches dans leurs rapports avec les menstrues. Cet examen lui a permis d'établir quelques données sur le nombre des femmes atteintes de leucorrhée, avant et après les époques, de constater si cet écoulement était un obstacle à l'apparition des règles, s'il influait sur la fonction, si le dérangement de celle-ci avait quelque influence sur les flueurs blanches. Il a noté que dans quelques cas cet écoulement remplaçait le sang menstruel.

La deuxième partie est divisée en deux sections. Dans l'une il s'agit plus particulièrement de l'influence des règles sur la marche et la terminaison des affections morbides. Il s'agit dans l'autre, de l'influence des maladies aiguës et chroniques sur les règles.

La première section comprend neuf chapitres.

CHAPITRE I ET II. — L'auteur se borne dans ces chapitres à quelques considérations générales sur les relations qui existent d'une part entre les règles et les divers systèmes organiques, et de l'autre entre les règles et les maladies. L'influence des règles sur les maladies, est démontrée par l'examen des lésions de menstruation que notre confrère a classées ainsi : 1° aménorrhée, 2° dysménorrhée, 3° déviation des règles, 4° ménorrhagie, 5° métrorrhagie, 6° chlorose.

CHAPITRE III. — L'aménorrhée joue un grand rôle dans l'étiologie des maladies. Ce rôle est apprécié dans ce chapitre. L'auteur y donne la description de deux utérus de femmes qui n'auraient jamais été menstruées. Il y rapporte une observation communiquée par M. Récamier, qui lui semble établir d'une manière péremptoire le rôle de la menstruation dans la fécondation. Revenant bientôt à son sujet, il montre l'influence de l'aménorrhée sur les maladies, sur l'aliénation mentale en particulier.

CHAPITRE IV. — La dysménorrhée que l'auteur distingue avec soin de l'aménorrhée, lui a présenté, chez les religieuses cloîtrées, quelques particularités qui sont peu connues.

CHAPITRE V. — Dans l'étude de la chlorose, M. Brierre de Boismont s'est posé ces diverses questions? La chlorose est-elle une affection générale ou locale? Consiste-t-elle dans une altération du sang ou du système nerveux? Est-elle liée à l'aménorrhée des filles pubères? Est-elle effet ou cause du défaut de la menstruation? Quelle est la nature de la chlorose?

CHAPITRE VI. — La déviation des règles est un phénomène singulier dont l'étude offre au praticien un grand in-

térêt. L'auteur rapporte l'observation d'une femme chez laquelle la déviation persista pendant toute la période utérine, malgré un accouchement heureux. Cette déviation peut avoir lieu par toutes les parties du corps.

CHAPITRE VII. — La ménorrhagie et la métrorrhagie se montrent surtout au temps critique. Plusieurs maladies, et en particulier celles qui modifient la circulation abdominale, déterminent souvent des pertes utérines. La terminaison heureuse de ces maladies est quelquefois due à cette hémorrhagie. Au nombre des causes qui favorisent la production des hémorrhagies il ne faut pas oublier les constitutions médicales.

CHAPITRE VIII.—L'auteur considère ici l'influence exercée sur les règles soit à leur apparition, soit pendant la période utérine, soit à leur cessation. D'après ses observations et ses recherches, presque tous les états morbides sous l'influence de l'apparition, ont été guéris et améliorés. La période de cessation lui a offert des résultats beaucoup plus marqués. La ménopause ne détermine pas seulement des affections locales et générales; elle a une action spéciale sur les maladies existantes qu'elle réveille dans un certain nombre de cas : par opposition, elle exerce une heureuse influence sur des affections qui avaient résisté à tous les traitements. Notre confrère termine ce chapitre par des recherches statistiques sur la part qui appartient à l'utérus dans la mortalité de l'époque critique.

CHAPITRE IX. — L'action des règles sur la marche de la terminaison des maladies en général devait être étudiée dans un des chapitres de la première section pathologique. Cette étude a permis à l'auteur de constater que l'époque de l'arrivée des menstrues n'est point indifférente; qu'au

début elle aggrave les accidents, tandis que vers le milieu et le déclin, elle soulage et guérit.

CHAPITRE I de la deuxième section pathologique. M. Brierre de Boismont examine dans ce chapitre l'influence des maladies aiguës sur les règles. Il n'est point d'affection aiguë, dit-il, qui ne puisse occasionner la diminution, le dérangement, l'irrégularité, et surtout la suppression des règles. Quatre-vingt-cinq observations invoquées à l'appui de cette donnée, servent en même temps à montrer l'influence comparée des diverses maladies aiguës. Des inductions théoriques et pratiques sont tirées de ces faits.

CHAPITRE II.—Il s'agit d'étudier l'influence des maladies chroniques sur les règles. Dans le grand nombre de faits qui concourent à montrer cette influence, il a fallu faire un choix. Notre confrère a particulièrement porté son examen sur l'aménorrhée considérée dans ses rapports avec la phthisie, les lésions du cœur et des intestins, les affections de l'utérus et de ses annexes, les maladies nerveuses, vénériennes, les hydropisies et les scrofules; enfin, avec les opérations chirurgicales. De cet examen il résulte que l'aménorrhée complique la plupart des maladies chroniques; si elle est un accident de plus, elle est aussi dans certains cas une circonstance favorable : le retour des règles est un indice de guérison. Plusieurs maladies peuvent se terminer favorablement sans que les menstrues reparaissent pendant un temps assez long. Certaines maladies nerveuses sont exaspérées par le retour des règles. Les déviations menstruelles ont été souvent constatées par la surface des plaies à la suite des opérations.

Tel est le résumé analytique emprunté en grande partie à l'introduction, à l'aide duquel nous devions faire con-

naître à nos lecteurs l'ouvrage de M. Brierre de Boismont. Ils ont pu apprécier le nombre et l'importance des observations, le nombre et l'importance des résultats qui s'y trouvent exposés. C'est une réponse savante, laborieuse, minutieuse même à la question difficile qu'avait posée l'Académie royale de médecine. C'est une monographie complète de la menstruation, considérée, non-seulement en elle-même, mais encore dans ses rapports, d'une part avec les causes morales et physiques qui agissent sur l'organisme, et de l'autre, avec les maladies diverses auxquelles il est exposé. Il sera difficile désormais, lorsqu'il s'agira, dans l'intérêt, surtout de la pratique médicale, d'aborder de nouveau l'étude de la menstruation, de ne pas recourir à l'ouvrage de M. Brierre de Boismont, dans lequel se trouvent réunies et coordonnées les principales notions acquises à la science sur ce sujet, soit par le concours d'un grand nombre de médecins anciens et modernes, soit par les nombreuses recherches propres à l'auteur.

Le traité de la menstruation dont nous nous occupons, a, selon nous, le défaut d'être calqué sur certains modèles que M. Brierre de Boismont était capable de surpasser. Une grande prolixité de détails, une affectation à produire, disons plutôt, à entasser des observations, en dépit de la maxime si souvent répétée : *perpendendæ sed non numerandæ ;* une prétention à l'exactitude, par l'abus plutôt que par l'emploi de la méthode numérique, qui, on le sait, ne donne souvent que des conclusions fausses, quand elle ne se borne pas à confirmer des données vulgaires; un luxe de problèmes d'une subtilité inouie, et qui, en définitive, restent nécessairement, pour la plupart au moins, sans solution ; et à cause de tout cela, une certaine confusion

dans laquelle disparaît aux regards du lecteur, l'ordre qui sans doute existe dans la pensée de l'auteur. Nous qui connaissons M. Brierre de Boismont, qui savons toutes les ressources de son intelligence, nous ne pouvons nous empêcher de lui reprocher avec quelque vivacité, d'avoir en quelque sorte abdiqué volontairement ses heureuses facultés, ses qualités reconnues d'écrivain, pour descendre au niveau et se mêler à la foule de ces auteurs qui, ne se sentant pas la force d'être les *historiens* des maladies, s'en constituent les *chroniqueurs*. Ce reproche, heureuseusement, ne s'adresse ici qu'à la forme adoptée par M. Brierre de Boismont ; c'est à cette forme que nous en voulons, parce qu'elle empêche de saisir aisément tout ce qu'il y a d'excellent, de fécond, d'original, dans le fond de l'ouvrage, parce qu'elle voile, envelope, triture, émiette, obscurcit un grand nombre d'entre les idées neuves et utiles qui y sont exprimées, parce que, enfin, elle enlève à l'ouvrage ce caractère de simplicité, et de concision, qui distingue les écrits destinés, comme l'était celui-ci, à l'honneur de devenir classiques.

Dr. L. Cerise.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Annales d'hygiène et de médecine légale. (Avril 1842.)

Mort rapide attribuée à l'administration du sulfate de potasse. (Rapport médico-légal de M. Henri Bayard.) — Une femme récemment accouchée, et qui n'avait éprouvé aucun des accidents qui surviennent fréquemment dans de telles circonstances, succomba tout à coup en moins de deux heures, après avoir pris un purgatif (le *sulfate de potasse*). Cette femme, accouchée le 4 octobre, s'était trouvée parfaitement bien jusqu'au 11 à neuf heures du matin. Alors elle prit, d'après l'ordonnance du médecin, 40 grammes de sulfate de potasse, en six doses, dans du bouillon maigre, de quart-d'heure en quart-d'heure. Dès la première, elle éprouva une chaleur ardente dans la bouche, l'estomac et le ventre, avec de l'engourdissement et des crampes aux membres supérieurs et inférieurs, puis des étouffements qui durèrent près d'une heure, et la mort arriva à midi un quart. Le purgatif avait provoqué deux vomissements et quatre garde-robes. — A l'autopsie, on trouva les mâchoires fortement serrées, des injections sanguines et une ecchymose noirâtre (près de l'estomac) dans l'œsophage, quelques bulles emphysémateuses soulevant la muqueuse de l'estomac et de la fin de l'intestin grêle, les valvules conniventes rosées, les poumons engoués et noirâtres en arrière, du sang liquide, noirâtre et spumeux dans le ven-

tricule gauche du cœur, les méninges et le cerveau pâ et sans aucune trace de congestion sanguine. — On c à un empoisonnement. — L'analyse chimique des m tières recueillies sur le cadavre, et des sels saisis chez pharmacien, confirma pleinement les renseignements r cueillis, savoir : que la mort avait suivi l'ingestion sulfate de potasse, et qu'aucune autre substance n'ava été administrée. — Quelques observations publiées dan l'ancien journal de médecine, et d'autres faits cités dan quelques ouvrages classiques, tendent à faire regarder, en effet, le sulfate de potasse comme capable de produire des accidents analogues à ceux qui ont amené la mort du sujet, lorsqu'il est donné à une dose un peu élevée, dans certaines circonstances, et notamment à la suite des couches. Néanmoins l'usage établi d'administrer ce purgatif en pareil cas, ce fait qui est le premier où l'on ait pu reconnaître au sulfate de potasse une action véritablement toxique, les exemples de mort rapide et imprévue observés sous des influences toutes différentes chez les femmes en couches..... motivaient des conclusions favorables à l'innocence du médecin, et il ne fut point donné suite à l'affaire. Mais, sous le rapport pratique, elle présente une haute gravité, et doit engager les médecins à mettre une grande prudence dans l'administration du sulfate de potasse, donné comme purgatif dans de pareilles circonstances. G.

Gazette médicale de Paris. (Mai 1842.)

Note *sur la phthisie pulmonaire dans le nord de l'Afrique*; par M. Guyon, membre de la Commission scientifique de l'Algérie. — La phthisie, en arabe *eddi-*

boul, était connue dans le nord de l'Afrique du temps de saint Augustin, et on l'y connaissait déjà sous le rapport de ses résultats autant qu'on la connaît aujourd'hui chez nous, ainsi qu'en témoignent suffisamment ces mots du saint évêque : *Phthisicus est : quis hoc curat?*

De nos jours, la phthisie n'est pas très répandue dans le nord de l'Afrique ; on pourrait même dire qu'elle y est rare et qu'elle y passe en quelque sorte inaperçue parmi les autres maladies du pays. Les familles phthisiques ne sont pas communes, surtout dans la population maure, qui se compose des indigènes les plus aisés ; elles le sont davantage parmi les Israélites, mais non encore parmi les principaux de cette nation. Ainsi, par exemple, à Alger, on compte à peine cinq ou six familles connues, parmi les Israélites, qui soient atteintes de phthisies.

M. Guyon pense donc que le climat du nord de l'Afrique n'est pas favorable au développement de la phthisie, et, par contre, qu'il pourrait être utile aux phthisiques qui y viendraient d'autres contrées. Il croit que ce climat leur serait du moins aussi favorable que ceux qu'on recherche aujourd'hui en Europe pour ces sortes de malades. Mais il en est du nord de l'Afrique comme de ces dernières contrées ; ce n'est pas lorsque la maladie est plus ou moins près de son terme qu'il convient d'en aller chercher l'heureuse influence ; car on a cru remarquer que la marche du mal s'en trouvait alors précipitée.

Plusieurs plantes passent, parmi les habitants du nord de l'Afrique, pour être utiles dans le traitement de la phthisie ; mais de toutes celles qui y sont employées, aucune ne jouit réellement de quelque efficacité appréciable. On fait usage du cautère actuel, ainsi que d'une

sorte d'emplâtre dans lequel entre comme partie active la poudre de canelle.

Dans les contrées où croît le *pistacia alantica*, celles du sud, aux limites du désert, on expose les malades à la chaleur produite par le feu fait avec les jeunes pousses de cet arbre, dont toutes les parties contiennent un principe aromatique très développé. Ailleurs, chez les Biskris, par exemple, on met les malades dans des trous pratiqués dans le sable et qui ont été préalablement échauffés; on les y laisse plus ou moins de temps, de manière à les y faire suer abondamment; après quoi ils sont enveloppés de couvertures de laine, qui entretiennent pendant quelque temps la transpiration qui a été provoquée dans les trous.

La croyance à la contagion de la phthisie existe dans le nord de l'Afrique; aussi a-t-on l'habitude de brûler les vêtements et autres objets qui ont appartenu aux malades. A. F.

Journal des connaissances médico-chirurgicales. (Juin 1842.)

I. *Observations d'asthme intermittent guéries par le sulfate de kinine, par M.* Max-Simon. — Les exemples d'asthme périodique ne sont pas rares; mais il y a ici une double et importante remarque à faire. La première, c'est qu'il ne faut pas confondre cette affection avec l'asthme qui dépend d'une lésion organique, et dont les accès manifestent souvent une intermittence plus ou moins régulière; la seconde, c'est que, dans cette dernière espèce, le retour intermittent de la suffocation, au lieu de tenir à une variation de conditions hygiéniques, peut également se trouver sous l'influence du génie périodi-

que, et, par conséquent, céder à l'administration du même moyen; c'est ce qu'a parfaitement entrevu M. Simon, qui, examinant les résultats des diverses doctrines sur la médication de l'asthme, a signalé avec raison la supériorité pratique des anciennes classifications. Elles conduisent, en effet, à des inductions directes et qui concordent avec les faits; tandis que la distinction établie sur la diversité des états anatomiques reste le plus souvent tout à fait stérile.

Les conditions dans lesquelles se sont reproduits les faits rapportés sont à noter : il régnait alors un grand nombre de fièvres intermitentes. Cette coïncidence avait déjà été signalée par Alibert, et d'autres auteurs. — Le premier de ces faits concerne M. l'abbé P..., d'une constitution nerveuse. Cet ecclésiastique avait parfaitement traversé l'été pluvieux de 1841, lorsqu'après quelques jours de malaise, il se sent pris d'une oppression légère, accompagnée de céphalalgie que le lit dissipe. Mais, à une heure du matin, le malade se réveille et éprouve tout à coup les phénomènes de l'asthme le plus prononcé. Ces accidents durent trois heures, après lesquelles l'état de la santé redevient normal. Des crises analogues se reproduisent ainsi de la même façon avec quelques variations dans l'intensité pendant vingt nuits de suite, vainement combattues par le datura stramonium, etc. L'intermittence marquée de ces crises et la coexistence de fièvres périodiques parurent à M. Simon une indication suffisante pour l'administration du sulfate de kinine. Ce médicament fit, en effet, une soudaine justice de cette opiniâtre maladie. On regrette, dans cette observation, que M. Simon n'ait mentionné ni l'état des organes pulmonaires, ni les antécédents du malade.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de soixante-

dix ans, qui, n'ayant jamais eu d'asthme, fut prise, à la suite d'une cause profonde et subite de chagrins, d'une oppression qui se dissipa au bout de quelques heures, pour revenir à heure fixe, plus ou moins violente pendant huit jours. Pour tout symptôme local, on constata des râles sibilants dans diverses parties de la poitrine. Deux jours d'administration du fébrifuge, et la dyspnée ne reparut plus.

Enfin, le troisième cas a trait à une jeune femme enceinte pour la seconde fois. A quatre mois de grossesse, elle éprouve une insomnie qui cède à la saignée, mais pour faire place bientôt à une oppression et à une dyspnée périodiques. Dans l'intervalle des accès, il n'y avait aucun symptôme dans les organes pulmonaires, la sonoréité et le murmure respiratoire étant complétement à l'état normal. Le sulfate de kinine, cette fois uni à l'opium pour combattre l'insomnie, eut le même succès que dans les circonstances précédentes.

Dans ces trois observations, l'asthme paraît avoir été essentiel, purement nerveux, en un mot, idiopathique. Il y a à peine trois semaines, nous réussîmes également à triompher d'accès d'asthme périodiques par le traitement fébrifuge chez une femme, mais dans des circonstances un peu différentes. Mme D.... est atteinte depuis plus de quinze ans d'une oppression permanente, qui, plusieurs fois l'année et en général sous l'influence de vicissitudes atmosphériques, l'expose à des accidents sérieux. Cette femme a près de cinquante ans, et est encore réglée. Sa constitution est bonne; mais sa figure altérée et jaune annonce la fatigue et la souffrance. Depuis un an, elle couche presque toujours dans un fauteuil. Jusque-là, on est parvenu à éloigner et à maîtriser les accès d'asthme par les saignées, les vomitifs et les calmants. Il y a six

mois environ, ayant été appelé auprès d'elle, les accès, qui étaient violents, disparurent comme par enchantement sous l'influence d'un émétique (mélange d'ipécacuanha et de tartre stibié), et de pilules composées de belladone, de ciguë et de poudre de digitale. Depuis lors cette dame avait repris de l'embonpoint, et sa santé s'était améliorée, lorsque, après trois mois d'absence de la menstruation, une perte utérine, et plusieurs jours de pluie, devinrent l'occasion d'un nouvel et violent accès qui prit dans la nuit, vers trois heures. La perte n'était pas tout à fait arrêtée encore; je prescrivis seulement l'émétique précédent, une tisane diaphorétique et calmante, et des maniluves sinapisées. Les vomissements furent abondants; une sueur favorable se manifesta, et, quelques heures après, toute trace de dyspnée avait cessé d'exister. Le soir, la malade était calme et sereine, je dus ajourner une saignée que j'avais projetée. Néanmoins, les accidents reparaissent dans la nuit avec violence. Cette fois, je fais une saignée; on continue les maniluves et les mêmes boissons; et, vers le milieu du jour, l'état normal reparut. Mais, dans la nuit, nouvel accès. Neuf grains (quarante-cinq centigrammes) de sulfate de kinine furent alors donnés. Toute la nuit, la malade dormit d'un profond sommeil, et les accès ne revinrent plus.

Chez cette dame, tous les signes locaux d'un emphysême ancien et étendu existent à un haut degré. Respiration sifflante; matité, son naturel ou sonoréité plus grande dans les divers points du thorax; partout le bruit respiratoire est ou effacé ou remplacé par des râles sibilants, ronflants, muqueux ou à grosses bulles. Rien d'anormal du côté du cœur.

II. *Transmission héréditaire d'un vice de conforma-*

tion des mains et des pieds, d'un bec de lièvre double, et d'un ectropion de la paupière supérieure, observation par M. le docteur Picard. — Tout dans la nature dépasse la portée de notre faible intelligence, qui se perd dans ce vaste abîme. Mais de tous les mystérieux phénomènes qui trompent notre curiosité, ceux qu'offre la génération semblent, si cela est possible à dire, les plus étonnants. Quelle inconcevable merveille que cette reproduction des êtres par des germes imperceptibles, ici, fermentant au sein d'une terre qui paraît inerte, là se développant dans les entrailles du corps vivant lui-même! Ce qu'il y a surtout d'admirable, c'est cette ressemblance particulière qui se transmet d'individu à individu dans les générations, et constitue, suivant les cas, le type des races, des nations, des habitants d'une province, d'un canton, d'un pays, et des membres des familles et des ménages; type qui se joue, ainsi que l'atteste le peuple juif, de l'influence des climats, des lieux et de la manière de vivre. En changeant les conditions d'existence, on peut améliorer ou amoindrir les espèces ou les individus; mais il faut un long temps pour modifier le fond de l'organisation et le caractère originel. Vainement soumettriez-vous au meilleur régime un sujet faible et débile, il acquerra de la santé, de l'embompoint, un certain développement peut-être; mais, restreint dans les limites du moule que lui a donné la nature, jamais il n'égalera l'énergie d'un être bien constitué, qui aura vécu toute sa vie dans des conditions diamétralement opposées. Et cependant, si l'on compare l'action continuelle et considérable d'une bonne nutrition à l'effet de la communication fugitive et inappréciable qui s'opère dans le rapprochement sexuel, quelle ne devrait pas être la différence? Le fait que nous mentionnons ici est bien de

nature à augmenter encore la surprise que fait naître la contemplation de tels résultats. En effet, comment se fait-il qu'une liqueur sécrétée par un organe régulièrement conformé, et qui semblerait seulement devoir se spécialiser assez dans l'individu pour imprimer à l'être qu'il engendre une forme générale, contienne encore non-seulement l'exacte représentation des parties isolées, mais aussi que l'absence originaire de l'une de ces parties chez le père prive cette liqueur du pouvoir même de donner l'impulsion formatrice à ces parties chez l'individu engendré! Cette loi n'est pas constante, néanmoins, ni les conditions dans lesquelles elle s'exerce parfaitement connues. On cite de rares exemples de vices de conformation acquis après la naissance, ou d'absence de parties par mutilation, même à une époque de la vie où les organes testiculaires ne jouissent pas encore de la plénitude de leurs fonctions, qui se soient reproduits chez les enfants, tandis qu'on en voit beaucoup, au contraire, où le développement organique s'est effectué régulièrement chez eux, bien que les vices de conformation ou les arrêts de génésie, etc., des pères se soient opérés dans le sein maternel. Quoi qu'il en soit, voici le fait dont il s'agit, et que la multiplicité des anomalies reproduites rend particulièrement intéressant, en éloignant toute idée de coïncidence.

Duchâtel père, âgé aujourd'hui de vingt-trois ans, a été opéré en 1826, par M. Roux, d'un bec de lièvre double. Une partie moyenne des os maxillaires, supportant trois dents, ayant été enlevée, ces os ne se sont rapprochés qu'imparfaitement, en sorte que la lèvre s'enfonce un peu entre l'écartement qui résulte de cette disposition. De plus, Duchâtel a, à chaque main un pouce libre, un peu difforme, un annulaire et un auriculaire

plus ou moins fortement soudés et mobiles; les deux autres doigts manquent, et les métacarpiens correspondants sont rapprochés et forment comme une espèce de moignon. Les muscles fléchisseurs et extenseurs semblent atrophiés.

Au pied droit, il n'y a que le premier et le dernier orteils dont les extrêmes se rapprochent; les premier et second métatarsien sont confondus, les troisième et quatrième atrophiés. Au pied gauche, même disposition; seulement le pouce est séparé en deux par une rainure; il y a deux ongles. Cet homme marche et travaille sans se fatiguer; en outre il a aux paupières supérieures un ectropion.

Duchâtel fils, âgé de trois ans, a en partie hérité de toutes ces difformités. Comme son père, il a un ectropion double et un bec de lièvre double, dont l'écartement est considérable; ses mains sont moins difformes; le seul médius n'y existe pas, et encore est-il remplacé par un petit moignon; le pouce et l'index sont soudés des deux côtés. Il en est de même de l'annulaire et de l'auriculaire; mais à gauche, la jonction se fait par les parties molles, tandis qu'à droite les os sont confondus. Ces quatre doigts sont mobiles; tous les métacarpiens existent. Le pied droit n'a que deux orteils, le premier et le dernier; le pied gauche a de plus le quatrième, mais les phalanges de ce quatrième sont soudées avec celles du cinquième.

M. Picard, dans ses recherches, a vu plusieurs exemples de transmission héréditaire de doigts surnuméraires, et un seul cas, cité par M. le docteur Breschet, de diminution du nombre de ces doigts; ce cas offrit cela de particulier que la transmission eut lieu jusqu'à trois générations. Les faits de bec de lièvre héréditaire sont re-

gardés comme peu authentiques; et la science n'en cite aucun d'ectropion.

III. *Réunion d'une partie de la face presque complètement séparée.* — Encore un fait à ajouter à ceux précédemment cités. La nommée Mourey, cinquante ans, de Breuche (Haute-Saône), reçoit un coup de corne de vache, qui, pénétrant par la bouche, ressortit au-dessus de la racine du nez. Toute la partie de la face, os et parties molles, comprise entre cet endroit et la bouche, fut arrachée, et ne tenait que par un lambeau de quelques millimètres. M. Odelph, médecin à Luxeuil, tenta sans espoir, comme il le dit, un replâtrage; et, chose inouie, en peu de temps la cicatrisation complète eut lieu.

DELASIAUVE.

Archives générales de médecine. (Mai 1842.)

Études statistiques sur les résultats des grandes opérations dans les hôpitaux de Paris, par M. Malgaigne (*suite*). Dans cette seconde partie de son travail, M. Malgaigne s'efforce de tirer parti des données qu'il a établies dans la première, et étudie successivement les diverses causes qui peuvent influer sur la mortalité après les amputations en général.

1° Il examine *quelles sont les plus graves, des amputations pour causes morbides, ou des amputations traumatiques.* Élimination faite de plusieurs cas insignifiants, il trouve que sur un total de 789 amputations, il y a 524 amputations pathologiques, ayant fourni 193 morts, c'est-à-dire 38 pour 100, et 265 traumatiques, ayant fourni 130 morts, c'est-à-dire 49 pour 100. Toutefois ce résultat général ne présentant point une précision

suffisante, il divise les amputations en grandes et petites. 378 cas des premières par lésions organiques ont donné 182 morts, et 182 cas pour causes traumatiques 117 morts; 146 cas des secondes pour lésions organiques, ont donné 11 morts, et 83 pour causes traumatiques 13 morts. En résumé, pour les grandes amputations pathologiques, la mortalité est de 48 pour 100, pour les traumatiques, de 64 sur 100; pour les petites pathologiques, 7 1/2 pour 100, pour les traumatiques : plus de 15 pour 100.

La question des amputations traumatiques primitives ou secondaires, est plus difficile à éclaircir; car souvent il est difficile de fixer l'époque précise qui les rend différentes, et d'apprécier les mille et une circonstances dont elles sont entourées. Certes, quand l'amputation se fait tardivement, quand le sujet est émacié, que le membre n'offre plus qu'une médiocre circonférence, que le mouvement de la vie ralenti fait redouter une réaction moins grande, les accidents sont moins à craindre que lorsqu'un membre seulement, après quelques jours de mutilation, est encore nourri, charnu, et plein de vitalité. Aussi M. Malgaigne, à l'exception de 26 amputations de la cuisse et 43 de la jambe, a-t-il été privé des documents les plus nécessaires pour faire cette distinction. Sur les 26 amputations de cuisse, 16 étaient immédiates, et 10 secondaires; les premières avaient donné 12 morts, et les secondes 6. Sur les 43 amputations de la jambe, 33 immédiates et 22 morts, et 10 secondaires avec 7 morts. M. Malgaigne ne peut, dit-il, rien conclure de ces chiffres. Les amputations dites de complaisance, c'est-à-dire pour de simples difformités naturelles ou acquises. rentrent dans la catégorie des amputations traumatiques, si l'individu est bien portant, ou dans celles des patho-

logiques, si le sujet est amaigri, et qu'il ait longtemps souffert.

De tout temps les chirurgiens, et en particulier MM. Ribes et Larrey, ont considéré la fracture de la cuisse à sa partie moyenne par un coup de feu, comme une de celles qui réclament impérieusement l'amputation immédiate. M. Malgaigne ne partage point cette opinion. Il croit cette opération si dangereuse, qu'il préférerait l'abandonner aux efforts de la nature. Les fractures de jambes sont un peu moins graves.

2° Sous le rapport du sexe, voici les résultats: Grandes amputations pathologiques : hommes 280, morts 138; femmes : 98, mortes 44. Petites : hommes 106, morts 9; femmes 40, mortes 2. Grandes amputations traumatiques: hommes 165, morts 107 ; femmes 17, mortes 10. Petites: hommes 73, morts 13; femmes 10, mortes 0. En somme les femmes guérissent mieux des amputations que les hommes.

3° L'âge influe d'une manière singulière sur la mortalité. Voici la division adoptée par M. Malgaigne. De 2 à 5 ans, grandes amputations pathologiques 4 — 2 morts; de 5 à 15, 57 — 15 morts ; de 15 à 20, 66 — 28 ; de 20 à 35, 128 — 63 ; de 35 à 80, 72 — 40; de 50 à 65, 40 — 29 ; de 65 à 80, 11 — 5. Petites : de 5 à 15, 16 — 0 ; de 15 à 20, 27 — 1 ; de 20 à 35, 49 — 3 ; de 35 à 50, 33 — 5 ; de 50 à 65, 17 — 1 : de 65 à 80, 4 — 1. La différence de gravité du jeune âge, est notable. Les chiffres, dit M. Malgaigne, sont faibles sans doute; mais rapprochés des résultats qu'on obtient de la statistique des opérations de taille chez les enfants, il est significatif. La gravité augmente avec la vieillesse; et sous ce rapport, la femme, qui, dans les autres âges, avait l'avantage sur l'homme, est ici plus mal partagée, comme si la

vieillesse commençait plus tôt pour elle. Grandes amputations traumatiques de 2 à 5 ans, 1 — 1 ; de 5 à 15, 9 — 7 ; de 15 à 20, 15 — 8 ; de 20 à 35, 65 — 39 ; de 35 à 50, 54 — 36 ; de 50 à 65, 30 — 21 ; de 65 à 85, 8 — 5. Petites : de 5 à 21, 5 — 0 ; de 15 à 20, 12 — 1 ; de 20 à 35, 30 — 0 ; de 35 à 50, 22 — 8 ; de 50 à 65, 11 — 3 ; de 65 à 85, 3 — 1. Ainsi l'enfance, contrairement aux idées reçues et à ce qui arrive pour les amputations par causes pathologiques, est l'âge où les amputations traumatiques sont les plus terribles. Dans un relevé d'opérations de hernie, M. Malgaigne a constaté que les enfants résistent également moins bien à ces opérations que les adultes, et il compare sous ce rapport les hernies étranglées aux accidents traumatiques, tandis que la taille ressemblerait plus aux lésions pathologiques. Dans un cas le sujet est neuf à la souffrance, dans l'autre il est épuisé par les douleurs.

4° Relativement aux saisons, Dupuytren et M. Velpeau préfèrent le printemps et l'automne aux autres saisons de l'année. Les idées, suivant le premier, sont plus riantes, et la chaleur modérée imprime à l'organisme un mouvement favorable. M. Malgaigne a cherché à vérifier la réalité de cette manière de voir, et il a trouvé, pour un chiffre de 391 faits: Janvier, opérés 26, morts 11; février 24 — 12; mars 37 — 20; avril 28 — 11; mai 49 — 27; juin 46 — 27; juillet 27 — 9; août 45 — 24; septembre 31 — 18; octobre 32 — 15; novembre 20 — 11; décembre 26 — 9; en sorte que, dans les 4 mois qui passent pour les plus défavorables, novembre, décembre, janvier et février, la mortalité, 43 sur 96, n'a pas atteint la moitié, tandis que dans les mois préférés, elle aurait dépassé cette limite. D'après M. Malgaigne, l'automne serait la plus désastreuse saison; ensuite viendrait le

printemps; et le résultat est toujours le même, quelle que soit l'espèce d'amputation. Néanmoins l'hiver paraît aussi fatal aux jeunes sujets qu'il semble propice à ceux d'un âge mûr. Les saisons n'ont donné lieu à aucune différence de mortalité pour les amputations traumatiques.

5° Enfin M. Malgaigne compare l'influence de divers hôpitaux. Ici le problème se complique encore davantage; et pour obtenir une certaine certitude, il a dû réduire ses examens à neuf hôpitaux seulement et aux trois principales amputations, de la cuisse, de la jambe, et du bras; toutefois, il ne mentionne dans son mémoire, et pour des raisons particulières, que l'Hôtel-Dieu et la Charité. Le premier de ces hôpitaux n'est pas aussi meurtrier qu'on l'a supposé; il n'occupe que le sixième rang pour les deux genres d'amputations. La Charité, que M. Malgaigne avait précédemment notée comme l'hôpital le plus malheureux pour les hernies étranglées, reprend ici ses avantages; elle est au second rang pour les amputations pathologiques, et au troisième pour les amputations traumatiques. Ainsi en 5 années, sur 18 amputations de cuisse, elle compte 8 succès, et pour toutes les opérations réunies 33 succès sur 55 opérés; on ne peut désirer mieux.

L'hôpital le plus favorisé pour les amputations pathologiques n'a perdu qu'un sur 5, et le moins favorisé les 9/10. Le plus favorisé pour les amputations traumatiques a perdu les 3/10, le moins favorisé a perdu tous ses opérés.

En général, les hôpitaux excentriques reçoivent plus de lésions traumatiques; delà une cause de différence relative à la mortalité générale. — On ne peut rapporter à la dépense les succès plus grands qu'on obtient dans tel ou tel hôpital. En 10 années le plus heureux des hô-

pitaux est celui qui pour chaque malade, a dépensé le moins, et le moins heureux celui qui a dépensé le plus. La disposition topographique et l'amplitude des salles ont également une influence moindre qu'on ne s'imagine.

En définitive, dit M Malgaigne, il est difficile d'expliquer cette fatalité mystérieuse qui pèse sur nos hôpitaux en général, et plus particulièrement sur certains d'entre eux. Si les jeunes chirurgiens obtiennent de plus beaux succès, ils ont aussi de plus tristes revers, et d'ailleurs, en changeant d'hôpital, on ne transporte point avec soi sa fortune. M. Malgaigne accorde que l'isolement des malades est un avantage de la pratique civile; mais la principale cause qui, suivant lui, détermine la mortalité c'est que le chirurgien est chargé d'un trop grand nombre de malades, et que les soins distribués à chacun d'eux sont insuffisants. Les malades de la ville sont mieux étudiés, et il en est peut-être de même, du moins ces résultats le prouvent, de ceux des salles où les lits sont en petite quantité. Ainsi, à l'hôpital des vénériens, dans les dix premières années on traita 22,000 malades; la mortalité fut de 1 sur 47. Ensuite on reçut en moyenne annuelle 4811, la mortalité fut de 321 : 1 sur 15. Plus tard la division des services s'opéra, et la proportion des morts diminua d'une manière sensible. Ce résultat a tellement frappé l'administration, que dans un compte rendu au conseil en 1838, M. Boicervoise, après l'avoir établi par des chiffres, s'exprime ainsi : *La première diminution a coïncidé avec l'augmentation du nombre des médecins de l'hôpital du midi ; la seconde avec le placement des malades des deux sexes dans des maisons distinctes.*

La même coïncidence s'observe dans les autres hôpitaux, où l'on a multiplié le nombre des services. Ainsi à l'Hôtel-Dieu le chiffre de la mortalité a varié de 1818 à

1828, de 10 à 16, tandis que de 1837 à 1840, il n'a été que de 17 à 19.

La petitesse des salles est encore une circonstance favorable, si l'on en croit M. Malgaigne, qui cite un fait très-important, et malheureusement trop oublié, lequel se passa en 1815, lors de l'entrée des étrangers à Paris: trois abattoirs furent consacrés à recevoir les blessés, et on remarqua que la mortalité fut beaucoup moins grande dans ces abattoirs, qui se composent de petits pavillons espacés, que dans les hôpitaux où une salle seule reçoit une multitude de malades. Une remarque non moins curieuse, c'est l'effet que produisit le régime. La mortalité fut beaucoup moindre chez les Russes, à qui on donnait de l'eau-de-vie, et qu'on ne soumettait point à une diète absolue. L'usage de bains de vapeur, qui est habituel chez eux, paraît encore salutaire. Partout où le service de ces bains fut organisé la mortalité fut moins grande.

On peut juger, d'après les résultats de cette importante conquête, quelle somme de préjugés et d'erreurs existe dans la science, et combien il importe de soumettre les faits à une nouvelle vérification. DE LASIAUVE.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

TYPHUS CONVULSIF ÉPIDÉMIQUE.

Epidémie de typhus convulsif épidémique observée dans les provinces méridionales de l'Italie pendant les années 1840 *et* 1841. — Pendant l'hiver de 1839-40 et celui de 1840-41, au moment même où sévissait sur différents points de la France, à Strasbourg et à Avignon surtout, une épidémie meurtrière désignée ici sous le

nom de cérébro-spinite, là, sous celui de méningite encéphalo-spinale, une maladie épidémique, semblable par ses symptômes effrayants et sa terminaison rapide et funeste, ravageait plusieurs des provinces méridionales de l'Italie. Des médecins recommandables par leur talent et leur position, les docteurs Semmola, Spada, Jelapi, Elephanti et surtout le professeur de Renzi s'attachèrent à l'étudier, à la combattre, et adressèrent au gouvernement napolitain des rapports pleins d'intérêt sur le fléau qui décimait la population d'un certain nombre de communes. C'est d'après les travaux de ces différents médecins, publiés dans les journaux italiens, et principalement d'après un mémoire du docteur de Renzi, que je tracerai les caractères de la maladie qu'ils ont décrite sous le nom de typhus apoplectico-tétanique (ou typhus convulsif épidémique), et que je rapporterai les opinions variées émises à son sujet, conservant autant que possible les expressions employées par les auteurs. Il sera ensuite de quelque intérêt de rapprocher en peu de mots son histoire de celle des deux épidémies dont la *Gazette médicale* et notre *Revue* ont donné dernièrement un tableau si fidèle et si terrible.

Le typhus apoplectico-tétanique d'Italie se montra d'abord à Cervaro, Mignano, Saint-Elia, dans la terre de Labour, puis se répandit sur les communes de Rocca, d'Evandro, Eboli, Saint-Margano (principauté citérieure), San-Valentino, Ponte-Corvo, Santa-Agata de Gotis, Maida, dans la Calabre ultérieure; quelques cas, enfin, furent observés à Naples même.

Prodrôme. — En général, la majeure partie de la population ressentit l'influence épidémique et éprouva plusieurs des signes précurseurs de la maladie tels que vertiges, éblouissements, lassitude générale, frisson, froid aux extrémités, obscurcissement de l'intelligence, tris-

tesse, tension à la nuque, sentiment inexprimable de malaise, une dépression particulière des forces nerveuses. Quelques-uns éprouvaient de l'oppression à la région épigastrique, de l'anorexie, de la flatulence, des digestions lentes, avaient la langue légèrement chargée et éprouvaient un sentiment d'ardeur à la gorge. Ces phénomènes se dissipaient bientôt chez les uns, mais ils étaient chez d'autres les signes précurseurs de symptômes promptement graves; enfin, l'invasion subite de ces derniers eut quelquefois lieu sans prodrôme chez des sujets jeunes et robustes.

Invasion. — Chez beaucoup de personnes, la maladie se déclarait par un sentiment de fourmillement douloureux, d'abord aux pieds, puis à presque toute la superficie du corps, comme si on l'eût arrosé de gouttes d'eau bouillante, ou bien la sensibilité de la peau était exaltée au point de ne pouvoir souffrir les plus légères couvertures. Chez d'autres, le typhus commençait par du malaise, des borborygmes, des douleurs à la région cœcale, aux articulations, des horripilations ou un sentiment pénible de tiraillement le long de l'épine, surtout aux lombes et à la nuque. Ces symptômes étaient accompagnés ou suivis, chez quelques-uns, de douleurs fortes à la tête et au cou, d'une sorte d'étourdissement, d'une certaine difficulté à plier le tronc, et spécialement le cou en avant, de la perte subite de connaissance, du coma et même souvent d'un état apoplectique. La syncope cessait souvent quelques heures après, et était remplacée par une réaction fébrile comme rhumatismale. C'était un spectacle plus terrible encore de voir les malades agités par les convulsions les plus violentes et les plus variées, le visage étonné, les yeux largement ouverts, brillants, saillants, le regard enflammé, les mâchoires saisies de

trismus, la déglutition impossible, enfin, éprouvant les différentes formes de tétanos, et plus fréquemment l'opisthotonos, qui donnait à la colonne vertébrale la forme d'un s romain. D'autres fois, ils tombaient dans un état épileptique, ayant l'écume à la bouche, des tremblements, des secousses, des convulsions cloniques des membres, par fois, une telle rigidité de tout le corps qu'il était impossible de le fléchir, avec perte de la sensibilité générale. Pendant ce temps, la peau était sèche, rude au toucher, le pouls dur, tendu, souvent sans accélération fébrile et plutôt lent. Dès les premiers moments l'haleine de quelques-uns était fétide, chez un grand nombre on remarquait aux genoux des ecchymoses qui bientôt se changeaient en escarrhes gangréneuses. Suivant la gravité, la période, ou les accidents de la maladie, elle s'accompagnait d'un cortége varié et compliqué de symptômes tels que dilatation de la pupille, diplopie, surdité, vertiges, délire de toute espèce, accablement, stupeur, coloration rouge livide, respiration difficile, voix aigre ou aphonie, douleurs abdominales, rétraction de la région ombilicale, vomissements d'un liquide jaunâtre et évacuations soit par la bouche, soit par les selles de vers lombrics ou de tricocéphales, surtout chez les enfants, gonflement œdémateux des membres supérieurs et des épaules, douleurs spinales et rigidité des muscles correspondants au siége de ces douleurs et simulant diverses maladies; ainsi, lorsque la douleur se fixait sur la région dorsale, c'était divers troubles dans la circulation du cœur et la respiration, etc. Chez quelques malades, enfin, on voyait, longtemps après l'invasion des taches livides, des pétéchies sur la peau, ou une efflorescence miliaire sur la poitrine, une sorte d'herpès labialis, des aphthes dans la bouche et quelquefois des ulcérations à l'anus. Tantôt un petit

nombre, tantôt beaucoup de ces phénomènes se montraient, soit réunis, soit successivement. Dans quelques localités, au milieu de tout ce désordre, on observa que la peau se conservait fraîche, qu'il y avait en même temps hydrophobie, et alors l'appareil fébrile semblait manquer; dans d'autres, la chaleur de la peau était mordicante, et alors on trouvait presque toujours de la fréquence du pouls et une soif ardente. Ici, à Cervaro, par exemple, les phénomènes convulsifs étaient plus prononcés; là, dans la terre de Labour, c'étaient les diverses formes de tétanos; différences qui ne semblaient influer en rien sur la nature maligne du typhus. Quant à la forme et à la marche du délire dont il a été fait mention, dans les cas même les plus légers, il était remplacé par du coma, tandis que dans les cas graves celui-ci commençait avec la maladie et finissait avec la mort, ou bien après plusieurs heures, une réaction incomplète venant à s'établir, un délire vague avec oppression croissante succédait au coma, qui lui-même reprenait bientôt ses droits jusqu'à la mort. Dans ce dernier cas encore la première attaque cérébrale n'était jamais précédée de la fièvre qui ne commençait à se développer que lorsque le trismus et la contracture des extrémités se dissipaient; néanmoins il est à remarquer que les autres symptômes, et particulièrement la rigidité du tronc, persistaient même pendant la réaction. Parfois, lorsque la maladie semblait le moins grave, les articulations étaient sensibles et la douleur de la colonne vertébrale se montrait plus intense jusqu'au sacrum, siége principal d'élancements atroces. Lorsqu'il n'y avait pas constipation, les selles étaient en grande partie composées de liquides blanchâtres, porracés ou jaunes, qui répandaient une odeur insupportable et contenaient des lombrics. Les urines manquaient souvent si l'invasion de la

Diagnostic.—Ce dernier professeur, pour combattre l'opinion de plusieurs médecins des États pontificaux surtout, qui ont regardé la maladie régnante comme de nature phlogistique et l'ont désignée sous les noms de cérébellite et de miélite, fait observer que le caractère des congestions passives trouvées sur les cadavres, la forme nerveuse revêtue par la maladie même chez ceux qui mouraient en fort peu de temps, l'absence de couenne phlogistique ou de grumeaux dans le sang, le manque, dans les membranes muqueuses atteintes de cette congestion propre à l'inflammation, le mode d'altération subie par le sang, l'empêchent de rapporter la maladie à la forme inflammatoire qui, suivant lui, ne s'est montrée que secondairement et que comme complication; car bien que les symptômes présentassent quelquefois une espèce d'analogie avec les affections inflammatoires, on pouvait voir, d'après les caractères particuliers du sang et l'état des organes, qu'il existait une différence entre ces simples tendances congestives d'un sang anormal et les caractères de l'inflammation. Le docteur de Renzi regarde donc la maladie en question comme étant de nature irritative nerveuse, caractère particulier aux fièvres typhoïdes. Il se croit donc, ainsi que beaucoup de médecins italiens, autorisé à la définir sous le nom de typhus, lequel s'étant montré sous la forme apoplectico-tétanique, ne peut être exactement comparé à aucune autre épidémie typhoïde. Cependant il lui trouve une sorte d'analogie avec la fièvre épidémique qui régna en Angleterre en 1658, et fut décrite par Willis comme une affection cérébrale et nerveuse, ainsi qu'avec le typhus de Trente en 1591, décrit par Roboreto, avec la fièvre pestilentielle de Rochefort, décrite par Chirac, et l'épidémie d'Anvers, dont M. Bouillaud a donné une

relation. En tous cas, quoi qu'on en ait dit, on ne peut confondre ce typhus ni avec la rafanie ou convulsion céréale de Linnée, ni avec aucune autre espèce de maladie convulsive. D'autres médecins, les docteurs Semmola et Spada, comparent l'épidémie actuelle l'un à une névrose aiguë et à la *convulsio ab ustilagine* de Sauvage, l'autre à un scorbut aigu et à la maladie convulsive des animaux, désignée sous le nom de storta.

Etiologie. — On ne peut nier qu'ici les lésions anatomo-pathologiques ne rendent suffisamment compte des phénomènes observés pendant la vie; mais ne doit-on pas attribuer à un principe délétère les altérations du sang, les modifications de l'innervation, et la perversion dans le mouvement nutritif des organes? Le docteur de Renzi, tenant beaucoup de compte de la constitution épidémique générale, rappelle qu'alors il existait une tendance au raptus sanguin vers les centres nerveux, tendance qui se manifesta presque par toute l'Italie, qui explique la forme apoplectico-tétanique revêtue par le typhus, et que l'on peut attribuer aux influences terrestres et atmosphériques. En effet, d'abondantes pluies, qui avaient donné lieu à des inondations désastreuses, rendirent la fin de l'automne humide et frais; les premiers mois d'hiver furent tièdes et doux, puis, plus tard, survinrent des gelées, du vent, de la neige, de la glace, etc., etc. En outre, diverses circonstances locales peuvent rendre compte du genre de la maladie épidémique; presque tous les endroits qu'elle ravageait étaient situés soit dans des gorges de montagnes, et exposés à l'humidité et à toutes les vicissitudes atmosphériques, soit dans des plaines inondées par des fleuves débordés. Elle atteignait des populations pauvres, entassées quelquefois pendant l'hiver pêle-mêle avec les bestiaux,

usant d'une nourriture malsaine, vivant au milieu d'émanations de toute nature, et surtout de celles des rizières.

Caractère et durée.—Bien que la maladie ne parût pas contagieuse, son influence épidémique se fit sentir sur la majorité des habitants d'une même localité. On vit plusieurs familles dans lesquelles on comptait trois, quatre et même jusqu'à cinq malades. Elle frappa de préférence la classe pauvre, et n'épargna ni l'âge, ni le sexe. Cependant, en général, elle attaquait plutôt les jeunes gens du sexe masculin de seize à trente ans, et principalement ceux qui étaient les plus robustes et d'un tempérament sanguin; parmi les femmes, le docteur Jelapi a observé que c'étaient celles qui étaient enceintes que le fléau frappait particulièrement. Quant à la durée de la maladie, les uns mouraient en peu d'heures, les autres avant le septième jour, ceux-ci pendant la deuxième ou la troisième semaine, ceux-là, en petit nombre, dépassaient le cinquantième jour. Le petit nombre de ceux qui survivaient restait soit amaurotique, soit sourd, soit atteint de fièvre hectique. Lorsqu'enfin la maladie commençait à décliner dans les diverses communes, elle prenait la forme des fièvres gastro-rhumatismales. En somme, le typhus apoplectico-tétanique d'Italie a tué un peu plus de la moitié des personnes atteintes d'une manière un peu grave.

Traitement. — Dans les cas de typhus modéré, on obtint quelques succès. Ainsi, comme les symptômes indiquaient évidemment une irritation des centres nerveux, avec complication gastrique ordinairement, les moyens mis en usage furent la saignée et les sangsues en plus ou moins grand nombre sur les points où se montraient particulièrement les symptômes de congestion, et chez les jeunes gens robustes; celles-ci, les eccoprotiques et les anthelmintiques ont semblé jouir de

quelque efficacité, ainsi que les boissons nitrées ou avec la crême de tartre, les infusions théiformes animées avec l'acétate d'ammoniaque, la solution de tartre stibié, sans oublier, dans quelques circonstances, les bains tièdes ou quelques doses de calomel, les pilules de jusquiame, belladone, etc. — Les épispastiques et les vésicatoires aux extrémités pour détourner le raptus sanguin des centres nerveux, les fomentations de jusquiame et de belladone sur l'épine dorsale; dans les cas d'ataxie ou d'adynamie, les tisanes de camomille, arnica, gentiane, quinquina, valériane, etc., etc. Le docteur Jelapi a vu les antifébriles réussir contre le tétanos à type intermittent.

Mais dans le typhus tétano-apoplectique grave, les médecins italiens virent presque tous les moyens nombreux et variés qu'ils mirent en usage échouer contre la violence du mal, et presque tous les malades périr, quel que fût, le plus souvent, le mode de traitement employé. Ecoutons-les faire eux-mêmes le récit de ces tentatives infructueuses et désespérantes.

La première et principale indication, dit le docteur Spada, était de débarrasser le cerveau de cette congestion sanguine, dont le coma, presque constant, était une preuve infaillible; on avait donc recours aux larges émissions sanguines générales et locales au moyen des sangsues appliquées aux apophyses mastoïdes, au front, quelquefois à l'anus, et souvent on était obligé de les répéter plusieurs fois; mais, il faut l'avouer, jamais les malades n'ont été soulagés. Les ventouses scarifiées au cou et le long de la colonne vertébrale, suivies de frictions avec la pommade de belladone, puis, peu après, d'un large vésicatoire au cou, moyens dirigés contre le tétanos et spécialement contre l'opisthotonos, ont été appliqués sans aucun profit. Souvent le trismus empêchant

d'administrer des remèdes internes, on donnait des lavements huileux ou laxatifs salins qui procuraient d'abondantes selles fétides, accompagnées de lombrics, mais causaient un abattement profond. Les laxatifs administrés par la bouche, lorsque cela était possible, n'avaient aucun effet; la solution de tartre stibié, employée comme contro-stimulant, était plutôt nuisible; la poudre de James avec le mercure doux ne donnait pas lieu à la moindre amélioration. Cette poudre, associée à l'opium, au camphre, à l'assa fœtida, au castoréum, au musc, et toutes ces substances mises en usage seules soit à petites, soit à fortes doses, soit en potions, soit en bols, soit en lavements, ne produisaient que des effets évidemment désavantageux. On voulut essayer contre le tétanos l'usage des bains tièdes, en les donnant avec toutes les précautions possibles, et en ayant soin de faire sur la tête des applications froides; eh bien! les malades mouraient ou dans le bain même, ou peu de temps après qu'ils en étaient sortis. Comme on eut lieu, dans quelques circonstances, de supposer qu'on avait affaire à une intermittente pernicieuse, le sulfate de quinine, soit seul, soit associé à la poudre de James, à la jusquiame, au camphre, à l'opium, au musc, etc., etc., fut mis en usage, et toujours les malades mouraient ou allaient de mal en pis. Au sulfate de quinine, on voulut substituer le quinquina en poudre avec la valériane, la décoction de quinquina avec la teinture de glutton; enfin, ceux qui attribuaient à la maladie des caractères analogues au scorbut aigu ajoutèrent la limonade minérale, le vin généreux, etc., etc., mais la maladie se montra toujours rebelle à tous ces moyens. Les vésicatoires aux extrémités étaient eux-mêmes nuisibles, parce que leurs plaies se convertissaient bientôt en escharres gangréneuses. Ainsi, lors-

qu'elle était grave, la maladie était toujours mortelle.

Dans toutes les relations publiées sur le typhus tétano-apoplectique d'Italie, on ne trouve qu'un seul médecin, le docteur Elephanti, à Eboli, qui, regardant la maladie comme un véritable tétanos, l'ait traitée non par l'opium, mais par la morphine, dans laquelle il trouva, dit-il, un remède souverain et très-efficace, qui guérissait en sept ou neuf jours. Après avoir débarrassé les premières voies, combattu la complication la plus importante, ouvert la veine, etc., etc., on donnait au malade d'un quart de grain à deux grains de morphine dissoute dans le sirop diacode, ou bien en potion dans de l'eau distillée. Il retira aussi quelque avantage des frictions sur l'épine avec la pommade de morphine. Malheureusement ces expériences, commencées vers la fin de l'épidémie, furent faites sur un trop petit nombre de malades.

Ne retrouve-t-on pas, dans les détails que l'on vient de lire, tous les caractères des épidémies observées en France à la même époque, soit à Strasbourg, soit à Avignon, soit à Versailles, soit à La Rochelle, soit à Metz? Partout, quel que soit le nom qu'on lui ait donné, la maladie a présenté les mêmes symptômes, offert la même gravité, résisté ou cédé aux mêmes moyens de traitement, fait le même nombre de victimes, à quelques légères différences près, qu'il ne sera peut-être pas inutile de mentionner.

L'étiologie, soit en Italie soit en France, a présenté la même obscurité, seulement, dans le premier de ces pays, les médecins ont attribué la forme revêtue par la maladie, surtout aux influences atmosphériques et terrestres, à l'humidité, conséquence d'inondations désastreuses, et aux variations diverses de la température qui les ont suivies et ont imprimé à toutes les maladies régnantes ce

caractère congestif sur lequel les Italiens ont surtout insisté d'une manière particulière. En effet, on a vu plus haut quelles raisons avaient contraint la plupart d'entre eux à ne considérer les désordres observés pendant la vie et après la mort que comme le résultat d'une altération particulière du fluide sanguin, qui, devenu plus ténu, plus diffluent, distendait les vaisseaux superficiels des différents organes, et produisait dans quelques-uns d'entre eux, surtout dans les méninges et le cerveau, des congestions, et même des épanchements par véritable transsudation. Cette altération du sang, privé d'une partie de sa fibrine et devenu oléagineux, a été attribuée à un empoisonnement miasmatique, qui du reste se retrouve dans toutes les épidémies de typhus, de choléra, etc., etc. Mais il faut observer qu'en Italie on a presque partout repoussé l'idée que la maladie dût être rapportée à l'inflammation, qui n'a au contraire été regardée que comme venue secondairement ou comme complication. Aussi les médecins de ce pays, conséquents avec eux-mêmes, ont-ils désigné l'épidémie sous le nom de typhus, auquel ils ont ajouté les épithètes d'apoplectique, de tétanique, ou de convulsif épidémique, pour mieux expliquer sa forme spéciale.

Un symptôme que l'on retrouve constamment dans l'épidémie italienne, c'est la présence des vers intestinaux en plus ou moins grand nombre; ce fait tient-il à des circonstances locales? C'est ce qui est probable. En tous cas, il ne paraît avoir exercé aucune influence particulière sur la gravité ou la marche de la maladie. Notons ici qu'en général l'appareil fébrile a été peu prononcé à toutes les périodes de la maladie. Du reste, tous les autres symptômes se sont trouvés tout à fait analogues à ceux que l'on a observés en France, et ont pré-

senté la même gravité, offrant seulement quelques légères différences locales sous le rapport des phénomènes nerveux; comme en France aussi la mort a eu lieu, soit dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures, soit à la fin du premier, soit à la fin du second septenaire, et rarement beaucoup plus tard.

Quant aux altérations pathologiques trouvées après la mort, on a vu que, outre les congestions des centres nerveux, les épanchements sanguins sous-séreux, les congestions et ramollissements partiels du tube intestinal, on avait eu aussi l'occasion d'observer des ramollissements de la substance cérébrale, mais à un degré modéré, et ce n'est que dans une seule localité que l'on trouva des abcès dans cette substance et du pus entre la dure-mère et la pie-mère. Il y a donc loin de ces altérations aux destructions complètes de la moelle épinière, aux suppurations, à ces ramollissements considérables que M. Chauffard a rencontrés si souvent chez les malades d'Avignon, chez lesquels aussi la flétrissure et l'ulcération de la cornée, altération dont il n'est fait aucune mention dans le typhus d'Italie, furent observées très-fréquemment.

Il semblerait que les médecins de l'un et l'autre pays se soient entendus pour adopter le même mode de traitement : seulement, en Italie, les mêmes moyens qui étaient dirigés contre la congestion l'étaient en France contre l'inflammation. Peu de médecins, au reste, ont obtenu quelques succès ou même quelque amélioration du traitement antiphlogistique; les révulsifs, les dérivatifs, les excitants, les toniques, etc., etc., ont toujours trompé l'espérance des praticiens dans les cas de quelque gravité. L'opium lui-même, dont en France M. Forget avait reconnu, quoique tardivement, les effets favorables, et dont M. Chauffard a su tirer un parti si avanta-

geux dans l'épidémie, l'opium employé à assez hautes doses, suivant les médecins italiens, n'a été d'aucun secours. Un seul d'entre eux reconnaît un remède souverain dans la morphine, et non pas dans l'opium, comme il le dit lui-même ; mais il ne donne aucune raison de la préférence qu'il accorde au premier de ces médicaments. Au reste, le petit nombre d'expérimentations qui ont été faites avec la morphine et l'époque où elles ont eu lieu, c'est-à-dire la fin de l'épidémie, qui vraisemblablement avait beaucoup perdu de son intensité, empêchent de tirer aucune conclusion positive à l'égard de la vertu de ce médicament dans le typhus convulsif-épidémique d'Italie ; de même que les essais tentés avec l'opium, essais sur lesquels les médecins italiens n'ont pas semblé avoir insisté d'une manière spéciale, ont pu ne pas révéler son action héroïque qu'on a si bien su mettre à profit à l'hôpital d'Avignon. Il me semble d'autant plus singulier que ce médicament n'ait pas été plus employé, ou n'ait pas mieux réussi entre les mains des Italiens, qu'ils s'étaient formé de la nature de la maladie une opinion plus en rapport avec les vertus de l'opium, et que les résultats heureux obtenus par son administration paraissent accorder gain de cause à ceux qui ont considéré la maladie comme une irritation primitivement nerveuse (1).

DEVILLIERS fils.

---

(1) *Voir* dans le précédent cahier de la *Revue médicale*, à la suite du mémoire du docteur Chauffard, nos réflexions sur cette épidémie, considérée, suivant les principes du vitalisme hippocratique, comme une fièvre nerveuse avec affection grave du cerveau et de la moelle épinière. Les noms de *Typhus convulsif épidémique* et *Typhus apoplectico-tétanique*, qui lui ont été donnés par les médecins italiens, sont tout à fait conformes à ces principes, puisque d'une part ils indiquent une fièvre avec diathèse nerveuse, et que d'un autre côté ils caractérisent cette fièvre non par des altérations anatomiques ou cadavériques, comme les médecins français, mais par des phénomènes vitaux ; en un mot ces noms n'expriment pas un diagnostic purement anatomique, comme ceux de *Cérébro-Spinite*, ou de *Méningite Cephalo-Rachidienne*, mais bien un diagnostic-médical ou *Thérapeutique*. On voit par cet exemple écla-

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Mai et Juin 1842.)

Phénomènes chimiques de la digestion. — Causes des fièvres intermittentes. — Rétrécissement de l'urètre. — Structure et fonctions de la rétine. — Structure du système nerveux. — Empoisonnement par l'antimoine.

SÉANCE DU 9 MAI. *Phénomènes chimiques de la digestion.*—M. Sandras lit en son nom et au nom de M. Bouchardat, un travail ayant pour titre : *Recherches sur la digestion.* Le but principal de ce travail est d'étudier les modifications chimiques et autres, que les principes immédiats organiques éprouvent dans les organes digestifs. Les auteurs se sont attachés de préférence à examiner ceux de ces principes qui forment la base de nos alimens. Ils terminent leur travail par les conclusions suivantes :

1° Dans la digestion, la fonction de l'estomac consiste, pour les matières albumineuses (fibrine, albumine, caséum, gluten), à les dissoudre au moyen de l'acide chlorhydrique ;

2° Cet acide suffit, quand il est dilué au demi-millième, pour la dissolution des matières précitées, tant qu'elles ne sont pas crues ; si elles ont subi la coction, l'acide chlorhydrique dilué ne les dissout plus dans nos appareils de verre ; et puisqu'on les trouve dissoutes dans l'estomac

---

tant que la réaction vers le vitalisme hippocratique se prononce au-delà des Alpes, et que les médecins italiens commencent à secouer le joug de l'Ecole anatomique de Paris. Il paraîtrait toutefois que dans le traitement de cette épidémie, ils auraient eu quelques réminiscences du *physiologisme broussaisien*. Et, chose singulière : conduits tout naturellement par la juste idée qu'ils s'étaient faite de la maladie, à l'emploi d'une médication sinon spécifique, au moins spéciale, et bien en rapport avec la *diathèse* qu'ils avaient reconnue, ils ont employé cette médication avec moins de hardiesse, et par suite avec moins de succès que les deux médecins français, qui n'y avaient été conduits qu'empiriquement, par une inspiration en quelque sorte fortuite et en opposition formelle avec l'opinion qu'ils avaient conçue de la maladie ! Tant il est vrai que les préjugés et les habitudes ont quelquefois plus d'empire que les doctrines, même sur des hommes très-éclairés et sur de fort bons esprits.

GAYOL.

vivant, nous constatons qu'il se passe alors dans l'estomac vivant autre chose qu'une simple dissolution par l'acide chlorhydrique dilué. Seulement la présence de l'acide chlorhydrique nous paraît toujours indispensable.

3° Pour les matières albumineuses, la digestion et l'absorption se font presque exclusivement dans l'estomac; le reste de l'intestin n'offre presque plus de cette dissolution dont l'abondance dans l'estomac est constatée.

4° C'est aussi dans l'estomac que se fait la dissolution de la fécule. Ce principe ne nous semble point, dans l'état ordinaire, se transformer en sucre; il ne nous est pas suffisamment démontré qu'il passe à l'état d'amidon soluble; nous regardons comme constatée sa transformation en acide lactique.

5° L'absorption de cette partie des aliments nous a semblé moins exclusivement bornée à l'estomac que celle de l'absorption des matières albumineuses. Ce qui serait d'accord avec la disposition particulière des intestins chez les animaux non carnivores.

6° La graisse n'est point attaquée dans l'estomac; elle passe dans le duodénum à l'état d'émulsion au moyen des alcalis fournis par le foie et le pancréas; cette émulsion se trouve en abondance dans tout le reste de l'intestin.

7° Le chyle nous a paru un peu moins abondant, mais semblable, chez les animaux tués à jeun et chez ceux que nous avions nourris de matières albumineuses ou de fécule. Il n'a présenté de différence marquée que chez ceux que nous avions nourris de graisse. Ce principe immédiat s'y est trouvé en proportion considérable.

(Commissaires : MM. Magendie, Flourens, Dumas, Milne Edwards et Payen.)

SÉANCE DU 16 MAI. — *Causes des fièvres intermittentes.* — *M. Fourcault* lit un mémoire intitulé : *De l'influence*

du climat de Rome sur le développement des fièvres intermittentes simples et pernicieuses. D'après l'auteur, on doit surtout attribuer ces fièvres aux viscissitudes atmosphériques qu'amènent les vents du sud, au travail excessif des habitants et à leurs mauvaises habitudes hygiéniques. On a dit que le voisinage du Tibre n'est pas étranger à leur production, a cause de la décomposition des matières organiques qu'il dépose sur ses bords; mais des personnes vivant loin de ce fleuve, au milieu de champs vastes et fertiles, n'en contractent pas moins la fièvre intermittente. Leur fréquence paraît donc être en raison directe de l'état hygrométrique de l'air, et de la température.

Pour prévenir le développement de la maladie, la première condition est d'abandonner les lieux bas et humides, surtout à l'époque de l'année où ils deviennent insalubres; il faut aussi porter des vêtements chauds, et exciter par tous les moyens connus les fonctions de la peau.

(Commissaires : MM. Magendie, Serres et Double.)

SÉANCE DU 23 MAI. — *Rétrécissements de l'Urètre.* — M. Civiale adresse de nouvelles recherches relatives aux rétrécissements urétraux, fondées principalement sur des ouvertures de cadavres.

Le premier point sur lequel il appelle l'attention des praticiens se rattache aux difficultés que présente le cathétérisme, et aux désordres qu'il entraîne, surtout lorsque les coarctations urétrales sont compliquées de lésions de la prostate et du col vésical, par suite desquelles la partie profonde de l'urètre se trouve déviée, déformée. L'examen d'un grand nombre de pièces pathologiques lui a démontré que, par le procédé et par l'emploi de la sonde généralement en usage, il est presque toujours impossible d'arriver dans la vessie sans s'écarter de la voie na-

turelle. A l'aide de sa méthode, l'auteur atteint plus sûrement ce but.

Le second point est relatif aux désordres qu'entraînent les coarctations urétrales derrière la partie où elles ont leur siége. La connaissance de ces désordres, dit M. Civiale, aura une grande portée dans le diagnostic des rétrécissements urétraux ; elle mettra le praticien à même de les prévenir, en attaquant la maladie à son début. Ces altérations, qui siégent derrière le rétrécissement, et que l'auteur passe successivement en revue, sont : 1° la phlegmasie de la membrane muqueuse ; 2° des abcès dans les parois de l'urètre, 3° la formation de cellules ou de poches urétrales, 4° les ruptures et déchirures de l'urètre ; 5° les lésions de la prostate ; 6° des lésions variées des organes génitaux, de la vessie, des uretères et des reins. On comprend, du reste, et c'est une des particularités sur lesquelles M. Civiale appelle spécialement l'attention, que les altérations de l'urètre ont une intensité bien différente, suivant que la vessie est hypertrophiée ou atrophiée : car, dans le premier cas, l'impulsion de l'urine se faisant avec plus de force, doit nécessairement aggraver l'état morbide.

SÉANCE DU 30 MAI. — *Structure et fonctions de la rétine.* — On sait qu'Euler attribuait la diversité des couleurs des corps à la diversité des vibrations que ces corps étaient supposés imprimer à la lumière, à peu près comme cette différence entraînait celle des sons. M. Melloni, reprenant cette théorie, et remarquant que le rayon jaune est toujours la couleur la plus visible, a été amené à conclure que la rétine doit être colorée en jaune. En effet, outre la tache de Sœmering qui présente manifestement cette coloration, il dit avoir constaté que le reste de la membrane a aussi une teinte jaune. Il est vrai que

cette coloration diminue avec les progrès de l'âge ; mais il est remarquable qu'au fur et à mesure de cette dégradation de teinte le cristallin devient d'un jaune ambré; de sorte que les conditions de la réfraction des rayons à travers les milieux de l'œil demeurent toujours à peu près les mêmes.

M. Roux rappelle que M. Melloni explique la couleur jaune de la tache de Sœmering en disant qu'elle résulte d'une plicature plusieurs fois répétée de la rétine, dont la coloration propre deviendrait ainsi plus prononcée dans ce point.

SÉANCE DU 6 JUIN. — *Structure du système nerveux.* — M. Mandl présente un extrait d'un mémoire sur la structure intime du système nerveux. Il résulte de ces recherches que le système nerveux doit être considéré comme composé de deux portions, une blanche et l'autre grise. Chacune de ces portions a une partie centrale et une périphérique, et constitue, par conséqnent, un ensemble particulier. La partie centrale de la portion blanche se trouve dans la substance blanche de l'encéphale et de la moelle épinière, et sa partie périphérique dans les nerfs cérébro-spinaux ; la partie centrale de la substance grise est constituée par la substance corticale (grise) des centres nerveux, et la partie périphérique par le système ganglionnaire. De même que la portion blanche centrale contient les éléments que nous retrouvons, mais beaucoup plus développés dans la partie périphérique, de même la partie centrale de la portion grise contient les éléments, pour ainsi dire, rudimentaires, qui se rencontrent plus parfaits dans la partie périphérique. Les deux portions du système nerveux ne sont pas absolument isolées l'une de l'autre ; mais à chacune se trouve mêlée une quantité plus ou moins grande de fi-

bres de l'autre portion. L'individualité des fibres de la portion blanche et de la portion grise explique l'individualité de sensation dans chacune de ces deux portions.

(Commissaires : MM. Magendie, Flourens et Milne Edwards.)

Séance du 13 juin. — *Empoisonnement par l'antimoine.* — M. Flandin lit, en son nom et en celui de M. Danger, un mémoire sur l'empoisonnement par l'antimoine et les complications que la présence de ce corps peut apporter dans le cas d'empoisonnement par l'arsenic.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Il est facile de déceler l'antimoine uni en faibles proportions aux matières animales : nous sommes arrivés à le recueillir avec la même précision que l'arsenic ;

2° Le procédé qui nous a donné les meilleurs résultats est le suivant : Désorganiser les matières animales par l'acide sulfurique ; au moment de la liquéfaction, ajouter de l'azote de soude : terminer la carbonisation et reprendre le charbon desséché par l'eau aiguisée d'acide tartrique. Le liquide est soumis aux investigations ultérieures propres à caractériser l'antimoine ;

3° Dans les cas d'empoisonnement par l'arsenic, compliqués par la présence de l'antimoine, l'appareil que nous avons proposé pour la recherche de l'arsenic nous a paru simplifier et faciliter les opérations propres à séparer les deux corps ;

4° Contrairement à l'arsenic, l'antimoine est facilement éliminé par les urines. Dans le cas d'empoisonnement par les préparations antimoniales, c'est dans le foie que l'on retrouve plus spécialement l'antimoine. On ne

le trouve pas dans les poumons, non plus que dans les systèmes nerveux, musculaire et osseux.

5° Le fait de la localisation des poisons est une donnée précieuse pour résoudre certaines questions médico-légales, les questions d'empoisonnements simulés, par exemple.

6° Ce fait nous paraît devoir ouvrir une voie nouvelle aux recherches physiologiques et thérapeutiques.

(Commissaires : MM. Chevreul, Pelouze et Regnault.)

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Mai et Juin 1842.)

Rapport et conclusions sur la propriété préservative de la vaccine. — Influence du voisinage des cimetières sur la santé. — Cause des hallucinations. — Taille et lithotritie. — Rapprochement des mâchoires, traité par la ténotomie. — Répression du charlatanisme. — Ponction périnéale pour le traitement des fistules urinaires. — Perte de substance du cuir chevelu. — Mort de M. Double.

Séance du 26 avril. — *Absorption de diverses substances toxiques.* — M. le Secrétaire donne lecture de la lettre suivante de M. Orfila :

M. le président,

Je vous prie de vouloir bien annoncer à l'Académie qu'il résulte d'un grand nombre d'expériences que j'ai tentées et qui seront incessamment publiées :

1° Que les acides sulfurique, azotique, chlorhydrique et oxalique, étendus d'eau, *sont absorbés* et qu'ils peuvent être décelés dans l'urine.

2° Que les mêmes acides, dans leur plus grand état de *concentration*, sont également absorbés, parce qu'ils s'affaiblissent à la faveur des sucs dont ils déterminent l'exhalation, dès qu'ils sont en contact avec l'intérieur du canal digestif.

3° Que l'absorption des sels de *plomb*, de *bismuth*, d'*étain*, de *zinc*, d'*or* et d'*argent* ne saurait être contestée, puisqu'on trouve dans le foie et dans l'urine des chiens empoisonnés par ces toxiques les métaux qui entrent dans leur composition. Tous ces métaux peuvent être facilement extraits par un même procédé, la carbonisation du viscère par l'acide azotique et le traitement du charbon par l'eau régale ou l'acide nitrique.

4° Que les sels de *mercure* sont également absorbés, et portés par le sang dans tous les organes; qu'il ne s'agit, pour [illegible] ce fait hors de doute, que de dissoudre dans l'eau [illegible] les viscères d'un animal empoisonné par un sel mercuriel, et de faire passer à travers la dissolution un courant de chlore gazeux; ou, ce qui vaut encore mieux, de carboniser ces viscères par un acide fort, en vases clos, et de traiter le charbon par l'eau régale bouillante.

5° Que j'ai également trouvé dans les viscères, et notamment dans le foie, ainsi que dans l'urine, une partie de l'idode du foie de soufre, de l'azofale de potasse, de l'alun, de l'ammoniaque, du sel ammoniac et de l'eau de javelle, avec lesquels j'avais tué les animaux soumis à mes expériences.

Ces travaux complètent les recherches que je me proposais de faire sur l'absorption des poisons tirés du règne minéral; ils établissent d'une manière incontestable l'exactitude des prévisions que j'avais consignées dans mes mémoires sur l'absorption des poisons arsénicaux, antimoniaux et cuivreux.

Agréez, etc.

Vaccine. — M. Gauthier de Claubry lit les conclusions du rapport annuel de la commission de vaccine pour l'année 1840. Voici les principaux faits qui ressortent de ce rapport :

Le nombre des vaccinations connues s'est élevé, en 1840, à 525,509 sur 836,789 naissances; proportion, 5/8. Sur 45,060 vaccinations dont le résultat a été indiqué, il y a eu 44,177 sur 881 insuccès.

Deux fois il y a eu production de pustules disséminées sur l'habitude du corps, dont le fluide a donné lieu à une vaccine normale.

La variole épidémique, dans plusieurs communes, a atteint 14,470 sujets ; 1,390 sont restés défigurés ou infirmes; 1,668 ont succombé. Il y a eu 24 exemples d'une seconde variole, qui, 3 fois, a été suivie de la mort des sujets.

Le plus grand nombre des vaccinés anciens et récents a échappé aux atteintes de la variole épidémique. Quelques-uns ont eu une varioloïde ou variole modifiée, généralement légère et de courte durée, mais, dans quelques cas, semblable à la vaccine. Sur 406 sujets qui ont été atteints à divers degrés d'intensité, il n'y a eu que 6 morts, et plus exactement que 4; proportion, 1/65, et mieux, 1/101.

Il a été pratiqué 2,214 revaccinations, sur lesquelles il y a eu 1,704 insuccès, 227 fausses vaccines, et 270 vaccines secondaires, d'apparence normale ; 3 sujets revaccinés avec succès n'en ont pas moins éprouvé la varioloïde.

179,293 fr. 60 cent. ont été dépensés en 1840 pour le service de la vaccine : moyenne, 24 cent. par enfant vacciné.

Le rapport se termine par des conclusions qui donnent lieu à une longue discussion, et dont la rédaction est enfin arrêtée dans les termes suivants :

1° La vaccine préserve de la variole. Néanmoins cette préservation n'est pas *absolue* pour tous les vaccinés : un petit nombre de ces derniers reste encore exposé à une éruption communément désignée sous le nom de varioloïde ;

2° Cette éruption, quoique de nature varioleuse, est en général légère et sans danger. Pendant l'année 1840 parmi les malades affectés de varioloïde, il n'y a eu de décès que dans la proportion de 1 sur 101, tandis que la variole a fait une victime sur 8 1/2.

3° Une première vaccine détruit l'aptitude à une seconde vaccine comme à la variole. Cependant il est quelques sujets chez lesquels cette aptitude se reproduit au bout d'un cerain temps ; il est pareillement des sujets varioliques chez lesquels la vaccine se développe d'une manière régulière, sans qu'on puisse en conclure qu'ils étaient aptes à contracter la variole.

4° La réussite la plus complète de la revaccination n'est donc pas non plus une garantie pour tous les sujets indistinctement contre les chances d'une variole ultérieure.

5° En général, la variole n'atteint qu'une seule fois la même personne. Cependant il est des sujets qui ne sont pas à l'abri d'une seconde variole, laquelle peut n'avoir pas moins de gravité que la première.

SÉANCE DU 3 MAI. — *Influence du voisinage des cimetières sur la santé.* — M. le ministre de l'intérieur prie l'Académie de lui adresser une réponse sur les trois questions suivantes :

1° La santé publique peut-elle être sensiblement altérée par l'effet du voisinage des cimetières ?

2° Convient-il, par conséquent, de les éloigner des villes, et, en général, de tous les lieux habités? Subsidiairement, y a-t-il du danger à autoriser le dépôt dans les églises des corps embaumés ou non?

Dans le cas où la seconde question serait résolue par l'affirmative, quelle est la distance qu'il faudrait maintenir entre le cimetière et la ville la plus voisine?

Cette demande est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Orfila, Kerandren, Lecanu, Villermé et Royer-Collard.

Séance du 10 mai. — M. Jules Guérin est nommé membre de l'Académie dans la section de pathologie médicale.

Séance du 14 mai. — *Causes des hallucinations.* — M. Baillarger lit quelques extraits d'un mémoire ayant pour titre: *De l'influence du passage de la veille au sommeil et du sommeil à la veille sur la production et la marche des hallucinations.*

Ce travail est divisé en deux parties.

La première contient trente observations: dix-neuf sont propres à M. Baillarger, et onze ont été empruntées par lui à différents auteurs.

Dans la seconde partie, M. Baillarger discute les observations. recherche les rapports généraux qu'elles offrent entre elles, et les conséquences qu'on peut en tirer pour l'étude et le traitement de la folie.

Cette seconde partie est résumée dans les conclusions suivantes:

1° Le passage de la veille au sommeil et du sommeil à la veille a une influence positive sur la production des hallucinations chez les sujets prédisposés à la folie, dans le prodrôme, au début et dans le cours de cette maladie.

2° Le simple abaissement des paupières suffit, chez quelques malades et pendant la veille, pour produire des hallucinations de la vue.

3° Les hallucinations survenant dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, pour peu qu'elles persistent, deviennent le plus souvent constantes et entraînent le délire.

4 La folie chez les sujets atteints déjà d'hallucinations au moment du sommeil est principalement, et dès le début, caractérisée par les hallucinations.

5° Les hallucinations qui ont lieu pendant la veille deviennent souvent plus fortes au moment du sommeil et du réveil.

6° Un accès de manie peut suivre immédiatement, et dès le premier jour, les hallucinations qui se produisent au moment du sommeil et du réveil.

7° Les hallucinations qui ont commencé dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil peuvent, après être devenues continues et avant de se terminer complétement, revenir à leur point de départ.

8° Des hallucinations d'un sens ayant lieu pendant la veille, des hallucinations d'un autre sens peuvent se produire au moment du sommeil.

9° Le passage de la veille au sommeil a beaucoup plus d'influence sur la production des hallucinations que le passage du sommeil à la veille.

10° C'est souvent après la suppression d'une hémorrhagie qui a déterminé des signes de congestion vers la tête que se produisent les hallucinations au moment du sommeil.

11° Les hallucinations ne doivent pas être comparées aux rêves en général, mais seulement aux rêves avec hallucinations.

12° L'influence du passage de la veille au sommeil sur la production des hallucinations prouve que, dans certains cas au moins, c'est un phénomène purement physique, et qui appelle surtout l'emploi des moyens physiques.

13° Les hallucinations survenant dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, surtout chez les sujets prédisposés à la folie, ou qui ont déjà été aliénés, sont souvent l'indice d'un délire imminent.

14° Les hallucinations qui précèdent le sommeil, durant quelquefois, et dès le premier jour, pendant plusieurs heures, sont une cause de folie transitoire, et pourraient excuser des actes commis pendant la nuit par un sujet qu'on trouverait le lendemain parfaitement sain d'esprit.

Ce mémoire, qui a été écouté avec intérêt, est envoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Castel, Ferrus et Pariset.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Séance du 17 mai. — *Taille et lithotritie.* — M. le docteur Drouineau, de La Rochelle, lit le résumé d'un mémoire qui contient les observations détaillées de diverses opérations de la pierre, pratiquées par lui.

Sur dix-sept calculeux, onze ont été opérés par la lithotritie; sur ce nombre, neuf guérisons et deux insuccès indépendants de l'opération. Chez huit de ces sujets, l'affection calculeuse était fort ancienne et s'accompagnait de désordres graves des voies urinaires.

Six malades, chez lesquels M. Drouineau a reconnu le broiement impossible, ont été traités par diverses méthodes; cinq ont guéri; un seul est mort au dixième jour

de l'opération, en voie de guérison, par suite d'un écart de régime.

(Commissaires : MM. Blandin, Jobert et Ségalas.)

Emphysème pulmonaire. — M. Prus lit un mémoire intitulé : *De l'emphysème pulmonaire considéré comme cause de mort.* Cette lecture sera continuée à la prochaine séance.

SÉANCE DU 31 MAI. — *Répression du charlatanisme.* — M. Royer-Collard prononce sur la nécessité et les moyens de réprimer le charlatanisme un long discours que l'Académie écoute en donnant des marques générales d'approbation.

Ponction au périnée pour le traitement des fistules urinaires. — M. Jobert fait, en son nom et en celui de M. Bérard, un rapport sur une opération d'urétroplastie pratiquée par M. Ricord.

Apres avoir rappelé les différentes circonstances de ce fait, M. le rapporteur ajoute : Nous trouvons dans l'observation de M. Ricord qu'une striction exercée sur les parois de l'urètre empêcha le malade d'uriner durant quatorze jours ; des effets semblables ont été constatés par différents auteurs. Nous voyons aussi que la partie de la verge, antérieure à la fistule, et qui ne servait plus au passage de l'urine, a fini par s'atroplier et se flétrir. Enfin, M. Ricord a tiré de l'observation de son malade des conséquences relatives au mode d'action des médicaments spécifiques contre la blennorrhagie. Il pense, et avec raison suivant nous, que le cubèbe et le copahu agissent surtout par les modifications qu'ils impriment à l'urine dans sa composition.

Quant à l'opération pratiquée par M. Ricord, il nous

a semblé, d'après les détails qu'il donne sur son exécution, que c'est une urétroraphie et non une urétroplastie. Une question se présente ici : faut-il faire l'urétroplastie et pratiquer la ponction dérivative au périnée dans tous les cas de fistule urinaire au-devant des bourses ? La suture simple de l'ouverture urétrale a suffi pour l'oblitérer lorsqu'elle était étroite ; mais quand elle est plus large, on peut rester indécis. L'histoire de la science offre à la vérité des exemples de succès obtenus sans ces moyens, et qui sont dus à MM. Alliot, Dieffenbach et A. Cooper. D'un autre côté, M. Viguerie de Toulouse, et M. Ségalas ont aussi amené la guérison de fistules rebelles en faisant une boutonnière au périnée. Nous croyons cependant que la ponction périnéale ne doit être mise en usage dans le traitement des fistules de l'urètre que lorsqu'on a employé inutilement l'introduction des sondes et leur séjour à demeure, la suture et l'urétroplastie.

Séance du 7 juin. — *Perte de substance du cuir chevelu.*—M. Velpeau lit un rapport sur *deux observations de vaste plaie du crâne*, envoyées à l'Académie par M. de Lavacherie.

La première observation a rapport à un sujet dont la pièce anatomique a déjà été présentée à l'Académie. Il s'agit d'une fille de vingt-huit ans, qui, ayant eu les cheveux pris dans une machine à peigner de la laine, eut le cuir chevelu détachéen totalité du crâne. Cette ablation laissa à sa suite une vaste plaie et donna lieu sur le moment à une hémorrhagie abondante. La malade néanmoins ne perdit pas connaissance, et put le même jour faire un trajet de plusieurs lieues. Le péricrâne n'avait pas été immédiatement

détaché des os, mais la suppuration amena son inflammation; le crâne s'exfolia également. La malade, voyant que la plaie ne se fermait pas, s'abandonna aux promesses d'un charlatan, qui empêcha son médecin de la voir. On sut seulement qu'au bout de plus d'un an, elle avait succombé sans que la plaie se fût fermée.

M. de Lavacherie semble penser qu'on aurait pu, à l'aide de l'autopsie, recouvrir la plaie dans sa totalité au moment de l'accident. Nous ne pouvons, dit M. le rapporteur, partager cette opinion. De quelque manière, suivant quelque méthode qu'on eût pratiqué cette opération, elle aurait été à la fois insuffisante et dangereuse.

La seconde observation a rapport à un homme âgé de trente-trois ans, qui, ayant formé le projet de se suicider, se frappa la tête avec beaucoup de force et à plusieurs reprises contre les murs de la prison où il était enfermé. A la suite de la suppuration qu'amena une aussi violente contusion, il se détacha une grande partie du cuir chevelu. L'exfoliation osseuse eut ensuite lieu. Néanmoins, le malade guérit au bout de six mois de traitement.

Emerveillé de ce succès, dit M. le rapporteur, M. de Lavacherie l'attribue à ce que les parties molles du voisinage ont pu combler en partie la perte de substance, et il se demande si ce qui a favorisé la guérison dans ce cas n'eût pas réussi à empêcher la mort dans le précédent. Nous nous sommes suffisamment expliqué à cet égard au sujet de la première observation.

Les conclusions sont de renvoyer le travail de M. de Lavacherie au comité de publications, et de placer son nom sur la liste des candidats à la place de membre correspondant. (Adopté.)

Séance du 14 juin. — M. Amussat communique quel-

ques notes sur la maladie qui vient d'enlever M. Double. — M. Nacquart pense qu'il serait convenable que l'Académie manifestât autant qu'il dépend d'elle le sentiment douloureux que lui cause cette perte, et propose en conséquence que la séance soit levée immédiatement. — La proposition est adoptée à l'unanimité.

SOCIÉTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Traitement de l'urétrite blennorhagique par le tamponnement avec le coton.

M. *Hourmann* : Messieurs, dans une précédente communication faite à la société au sujet du tamponnement avec le coton cardé dans le traitement des écoulements uté ro vaginaux, j'ai proposé d'étendre l'emploi de ce moyen, non-seulement aux écoulements provenant du col utérin, mais encore à ceux provenant de l'urètre. Je me propose de vous entretenir un autre jour et plus longuement que je ne l'ai fait du tamponnement du col utérin qui m'a donné des résultats pratiques importants; mais c'est du tamponnement de l'urètre *chez la femme* que je veux vous parler aujourd'hui.

Avant tout, Messieurs, je vous dirai ce que mon observation personnelle m'a appris sur l'urétrite blennorhagique de la femme, dont l'histoire particulière, vous le savez, offre encore plus d'un point à fixer dans l'histoire générale de la maladie syphilitique.

Le premier fait qui m'a frappé c'est que, contraire-

ment à l'opinion émise par des praticiens haut-placés dans la spécialité, l'urétrite est extrêmement rare chez la femme ; il résulte du tableau statistique que je puis dresser d'après mes notes que ce n'est guère, en effet, qu'une fois sur vingt-cinq que l'écoulement blennorhagique est venu de l'urètre, ce qui justifierait jusqu'à un certain point Swédiaur quand il dit : « *la gonorrhée, chez la femme, a cela de caractéristique que son siége n'est point dans l'urètre* » ; et plus loin : *Je n'ai jamais vu une seule femme dont l'urètre fut le siége de cette maladie.* »

La première proposition de Swédiaur est évidemment erronée, mais elle l'est certainement moins que celle qui lui est si diamétralement opposée et qui proclame que l'urétrite existe huit fois sur douze, quand la blénnorrhagie a été le résultat d'un coït impur. Toutefois, je dois m'expliquer ici, en déclarant que je n'entends parler que de l'inflammation du canal même de l'urètre et non de celle bornée au pourtour de son orifice, que j'ai toujours vue, au contraire, coïncider avec la vulvite, notamment chez les malheureux enfants victimes d'attentats dans lesquels le viol n'a pu être consommé.

Un second fait, qui d'ailleurs est généralement reconnu c'est que l'urétrite chez la femme n'est qu'exceptionnellement isolée et primitive. Elle peut être aiguë, ce qui est le plus ordinaire, ou chronique.

L'écoulement puriforme est le plus communément l'unique signe de l'inflammation aiguë de l'urètre. La rougeur et le gonflement de son orifice, la tension de ses parois qu'on a voulu comparer à la corde que représente l'urètre chez l'homme, feront presque toujours défaut. La douleur surtout manquera : il est même remarquable de voir que les femmes n'éprouvent pas généralement la moindre cuisson au passage de l'urine, et celles qui se

signent, in liquent fort bien que c'est en dehors de l'u-
re, au moment où ce liquide touche les parties voisines,
ne la souffrance se fait sentir. L'examen de ces parties
nstate alors la vulvite ou la vaginite qui expliquent cet
cident.

Comme dans l'urétrite aiguë, l'écoulement puriforme
t le plus souvent le seul indice de l'urétrite chronique.
ependant, on peut observer ici plusieurs altérations de
exture. La plus fréquente est le gonflement avec indu-
ation du bourrelet qui masque l'orifice vulvaire de l'u-
ètre. L'entrée de ce canal est, en même temps, ulcérée
u du moins érodée. Cette érosion est uniforme ou sur-
montée de granulations d'un volume variable. Dans ces
circonstances, le contact de l'urine est très-douloureux,
tellement par fois que les femmes retiennent leur urine
comme j'en rapporterai plus bas un exemple. On a parlé
de rétrécissements de l'urètre par suite de gonorrhées,
rétrécissements analogues à ceux qu'on rencontre chez
l'homme; jusqu'à présent, pour mon compte, je n'ai vu,
au contraire, que l'élargissement du méat urinaire; et la
rétention de l'urine, ainsi que je le disais tout-à-l'heure,
n'avait d'autre cause que la douleur. C'était une ischurie
toute volontaire.

La conclusion de ces faits est que, dans la généralité
des cas, si l'écoulement puriforme n'est pas manifeste,
l'urétrite blennorrhagique chez la femme pourra être mé-
connue, et cela à l'état aigu comme à l'état chronique.

Quand l'urètre est plein de mucus purulent, une gout-
telette d'un blanc jaunâtre apparaît à l'orifice, et le diag-
nostic est immédiatement fixé. Mais, si la femme vient
de se laver, la gouttelette a disparu, et le simple examen
ne suffit plus pour s'assurer de l'état de l'urètre. Dans ce
cas deux ressources restent au praticien : 1° L'inspection

du linge de la femme; 2° la pression du canal contre l'arcade du pubis.

1° *Inspection du linge.* — Cette inspection a été pour moi l'objet de la plus sérieuse attention. Vous savez en effet, Messieurs, que dans la pratique civile, c'est bien souvent sur elle seule que nous sommes appelés à prononcer.

Une première question à résoudre est celle-ci : peut-on, d'après l'aspect des taches du linge distinguer si la matière qui les produit est celle de la simple leucorrhée ou celle de la blennorrhagie virulente?

Seconde question : Supposé que cette distinction soit faite, peut-on établir d'après la forme de ces taches si elles proviennent de la blennorrhagie urétrale ou de la blennorrhagie vulvo-vaginale ?

A la première de ces questions, je répondrai : oui, les taches de la blennorrhagie diffèrent assez de celles de la leucorrhée pour qu'on puisse, en général, ne pas les confondre. Il est difficile de décrire des nuances que l'œil exercé saisit parfaitement, mais que le langage ne peut peindre. Cependant, recourant à des comparaisons je dirai que la tache leucorrhéique ressemble à la tache de la crême du lait; elle est d'un blanc cérusé et empèse le linge dont elle ne masque jamais le tissu. La tache blennorrhagique, au contraire, est analogue à celle de la crême servie sur nos tables; elle est opaque, d'un jaune verdâtre; elle masque le tissu du linge auquel elle laisse, d'ailleurs, toute sa souplesse.

Quant à la seconde question, celle de savoir si les taches blennorrhagiques provenant de l'urètre diffèrent par leur forme de celles provenant de la vulve ou du vagin, on a dit que les premières étaient exactement arrondies, de très-petites dimensions et disséminées, tandis

que les dernières étaient larges et irrégulièrement diffuses. J'avoue que je n'ai pas pu confirmer cette remarque, et, cependant, j'ai vu un cas, que je rapporterai plus bas, et dans lequel l'urètre était la seule source de l'écoulement. L'inspection du linge, si je m'en rapporte à mon observation, ne peut fournir aucun renseignement sur l'état de l'urètre dans le cas de blennorrhagie chez la femme.

2° *Pression de l'urètre contre l'arcade du pubis.* — C'est sans doute le moyen le plus sûr quoique pouvant encore faillir. En effet, si la femme a rendu ses urines depuis peu de temps, la matière purulente aura été entraînée et le doigt n'exprimera plus rien de l'urètre nétoyé. Il est donc urgent de répéter cette recherche à des époques variées, et surtout de recommander aux femmes dont on n'a pas à craindre la dissimulation de garder leurs urines aussi longtemps qu'elles pourront dans l'intervalle des explorations. C'est de cette manière, Messieurs, que j'ai procédé, dans tous les cas, pour constater l'existence ou l'absence de l'urétrite chez les femmes affectées d'écoulements, que j'ai eu à traiter dans mon service, et c'est d'après les données ainsi acquises que j'ai établi les proportions numériques indiquées en commençant.

Je vais maintenant, Messieurs, vous entretenir du tamponnement de l'urètre. Lors d'une première communication sur l'emploi de ce moyen, je vous ai dit quels étaient les motifs qui m'avaient conduit à tenter ce mode de traitement. Le principal était l'insuffisance trop habituelle de toutes les médications proposées jusqu'alors. Depuis dix-huit mois que je suis médecin de l'Oursine, je suis parvenu, à force de recherches et en utilisant les consultations que je donne tous les jeudis, à constater vingt cas environ d'urétrite, soit aiguë, soit chronique.

En ce moment mon service en réunit dix cas, c'est-à-dire un plus grand nombre qu'à aucune époque antérieure.

Dans les premiers temps, j'ai eu recours aux remèdes les plus vantés. Le poivre cubèbe et le copahu ont surtout été expérimentés. Ces drogues, administrées soit par l'estomac, soit par l'anus, ont entraîné des accidents fréquents. Les écoulements ont sans doute cédé; mais aucun n'a disparu avant un mois ou six semaines. Or, il est reconnu que c'est le terme naturel et spontané de la maladie dans la plus grande généralité des cas. Le poivre cubèbe et le copahu n'ont donc rien à revendiquer dans ce résultat.

Les dix malades actuellement dans mon service ont été exclusivement soumises au tamponnement par le coton cardé. Je vais vous dire leur situation. Vous jugerez vous-mêmes, Messieurs, d'après les faits, si je n'ai pas le droit de motiver la préférence que je donnerai désormais à cette pratique, comme j'ai motivé celle que je lui accorde dans le traitement des écoulements utéro-vaginaux.

Pour tamponner l'urètre, je me sers de la canule à l'aide de laquelle je tamponne le col utérin. Son introduction est facile et ne cause aucune douleur si elle est faite avec ménagement. Il faut prendre garde de porter le tampon au-delà de l'orifice vésical, parce qu'alors il devient un filtre qui soutire l'urine d'une manière continue, et non-seulement la femme est salie tant qu'il reste appliqué, mais encore son effet est manqué puisqu'il entretient le contact de l'urine contre les parois du canal et perpétue son irritation.

Pour que le tampon n'occupe que l'urètre, il ne doit pas avoir plus de cinq lignes de longueur. Son volume

doit pouvoir être réduit à celui d'une plume d'oie. Une autre précaution à prendre est de le confectionner de manière à ce qu'il ne puisse être enfoncé dans la vessie où il pourrait former le noyau d'un calcul. Pour cela, le fil qui noue l'extrémité supérieure du tampon est ramené au dehors par l'instrument qui a servi à introduire celui-ci, et reste pendant hors de la vulve. C'est en tirant sur ce fil que la femme peut retirer le tampon.

Au moment où le tampon vient d'être introduit, la femme n'a pas même le sentiment de sa présence. Mais un quart d'heure ou une demi-heure après, elle éprouve une cuisson assez forte, qui diminue progressivement et finit par disparaître, de sorte qu'après une heure environ de patience, la femme n'a de nouveau aucune conscience du tamponnement de son urètre. Je dois dire que la sensation de cuisson provoque quelquefois le besoin d'uriner et la contraction de la vessie, de sorte que le tampon est chassé par le jet de l'urine. Il suffit que la femme soit prévenue et qu'elle veuille bien surmonter le besoin sollicité pour que celui-ci cesse. En tous cas, il importe que la vessie soit préalablement vidée, soit spontanément, soit à l'aide de la sonde, et l'accident que je viens d'indiquer n'est plus à craindre.

Ces effets immédiats du tamponnement n'ont d'ailleurs lieu que jusqu'au moment où l'urétrite est modérée par le traitement. Car, à partir de cette époque, il n'est plus un seul instant pénible.

Le séjour du tampon dans l'urètre doit être le plus prolongé possible pour assurer l'efficacité. La faculté qu'ont les femmes de garder leur urine dans la vessie est une condition favorable. Les malades de mon service conservent leur tampon pendant huit à dix heures.

La durée du traitement variera sans doute suivant

l'intensité de l'écoulement et l'état de la muqueuse qui le fournit. Mais, s'il m'était permis de formuler déjà une moyenne d'après les faits que je possède, je pourrais dire que quinze jours suffisent pour tarir la blennorrhagie aiguë la plus abondante. Je puis attester aussi que, dans l'urétrite chronique, les lésions de texture sont promptement modifiées par le contact du coton cardé, ainsi que l'écoulement dont elles sont la cause.

Suivent cinq observations de guérisons obtenues par le coton cardé, observations qui confirment, en tous points, les propositions avancées par l'auteur.

M. *Boys de Loury*. Les urétrites sont rares chez les femmes, mais elles sont presque toujours de longue durée. Le copahu et le cubèbe sont ordinairement employés sans aucun succès. Les bains et les émollients sont plus utiles. M. Boys de Loury n'a vu que deux cas de rétrécissement chez la femme. Dans l'un de ces deux cas, le rétrécissement n'a cédé qu'à l'emploi des bougies dilatantes qui ont été abandonnées trop tôt, et dont on a dû reprendre l'usage pour en tirer un avantage permanent.

M. *Mérat* a vu une femme dont le canal de l'urètre était tellement rétréci qu'on ne put pas la sonder, et qu'on fut réduit à n'opposer à son état que des moyens antiphlogistiques.

VARIÉTÉS.

JUGEMENT DE LA PRESSE ALLEMANDE SUR LA *Revue médicale*.

Nous croyons être agréables à nos lecteurs, et faire en même temps un acte de justice envers nos honorables collaborateurs, en mettant sous leurs yeux le jugement d'un des médecins les plus distingués de l'Allemagne sur

la *Revue médicale*. Rédacteur lui-même d'un journal qui présente l'analyse complète de la presse médicale périodique du monde entier, il est à même de comparer entre eux les journaux de tous les pays et de toutes les nuances. Etranger à la France, il ne saurait partager des préventions de coteries dont il ignore même l'existence. Nous attachons donc un grand prix à son approbation : elle offre d'autant plus de garantie d'impartialité, que nous n'avons pas l'honneur de connaître personnellement l'écrivain que nous citons.

« La *Revue médicale*, dit-il, contient souvent d'ex-
» cellents mémoires originaux. Les extraits et les articles
» critiques sont plus substantiels et meilleurs que ceux de
» la plupart des journaux français. On ne peut que louer
» leur impartialité, et tous sont signés de leurs auteurs.
» Ce journal a le mérite de se laisser beaucoup moins
» entraîner que les autres au torrent des innovations :
» avant de juger les assertions, il les discute, et il en
» résulte qu'on lui a reproché de temps à autre d'être
» trop attaché aux anciennes doctrines (1). »

(Zeitschrift fur die gesamnite medecin. Janvier 1842, p. 3 ; rédigé par le docteur Oppenheim.)

---

(1) Nos lecteurs savent comment et pourquoi nous nous sommes toujours efforcés de mériter ce reproche, que nous devons accepter comme un éloge, puisque notre mission spéciale est de renouer la chaîne des traditions, et de rouvrir à la nouvelle génération médicale les livres anciens qui lui étaient fermés par les dernières théories : ce qui ne nous empêche point de suivre les développements de la science moderne, d'apprécier tous ses travaux, et d'enregistrer ses progrès, en les coordonnant toujours avec les vérités primitives et traditionnelles, sans lesquelles il n'y a pas de véritable science. (N. R.)

NECROLOGIE.

MORT DU DOCTEUR DOUBLE.

Le dernier cahier de notre *Revue* avait paru depuis quelques jours lorsque la mort inopinée du docteur Double est venue frapper d'un douloureux étonnement et d'une affliction profonde le corps médical tout entier.

Nous ne saurions, aujourd'hui, rendre un plus digne hommage à la mémoire de cet illustre confrère qu'en reproduisant les éloquentes paroles prononcées sur sa tombe par M. le professeur Roux, au milieu d'un nombreux concours de savants, de médecins et de personnages de distinction.

Discours de M. Roux au nom de l'Académie des sciences.

Messieurs,

Depuis la perte que l'Académie a faite du jeune naturaliste, dont les travaux si utiles, pour l'économie rurale particulièrement, en promettaient tant d'autres plus utiles encore, l'impitoyable mort avait assez longtemps suspendu parmi nous ses rigueurs. Mais par quel coup nouveau n'est-elle pas venue porter à la fois l'étonnement et l'affliction dans nos âmes! Cette fois c'est la section de médecine et de chirurgie qui est atteinte : cette fois, la victime a été l'un des représentants de la science qui recherche, qui applique tous les moyens par lesquels l'homme espère conjurer les maux que la nature lui envoie, et travaille à prolonger sa propre vie et celle de ses semblables ; et le collègue dont nous venons de déposer ici la dépouille mortelle nous a été enlevé de la manière

la plus soudaine comme la plus imprévue, au moment où il paraissait jouir de la santé la plus florissante, alors que, possédant toute la plénitude de ses facultés morales, toute l'activité de son esprit, il pouvait employer encore de longues années à enrichir la science de nouveaux travaux, et faire profiter la société du fruit de sa vaste expérience; et je suis pressé d'ajouter que l'élévation de son âme, la loyauté et la noblesse de son caractère, le sentiment exquis qu'il possédait de ce qui est digne en toutes choses, l'aménité de ses mœurs, et sa conduite toujours noble dans l'espèce de sacerdoce auquel il s'était voué, sa constance en amitié et son dévoûment si facile et si généreux, formaient une de ces physionomies morales remarquables en tout temps, plus remarquables encore à certaines époques de nos sociétés humaines, parce qu'elles sont plus rares.

Qu'il m'est doux d'avoir à prononcer ces premiers mots sur la tombe du collègue que nous pleurons aujourd'hui! Combien mon cœur voudrait pouvoir s'épancher encore plus sur les éminentes qualités de M. Double, sur les droits qu'il avait acquis aux regrets de ceux qui savent priser les qualités de l'âme et du cœur jointes à un mérite éminent! Mais combien aussi cette tâche serait pour moi pénible à tous égards! Je n'ai pas même la liberté d'esprit convenable pour retracer brièvement les principales circonstances de sa brillante carrière, et pour parler dignement des travaux par lesquels le nom de M. Double est depuis tant d'années si honorablement inscrit dans les fastes de la science; car, Messieurs, ce n'est pas seulement l'homme d'un savoir éminent, dont la perte, d'autant plus cruelle qu'elle est vraiment prématurée, m'afflige tant aujourd'hui; ce n'est pas seulement un excellent collègue que je pleure avec vous, c'est un

ami de quarante ans, un ami véritable, qui chérissait ma famille comme je chérissais la sienne, qui, m'ayant devancé de quelques années dans la vie, avait pu, aux premiers temps de notre liaison, me guider par ses conseils; que j'ai toujours trouvé près de moi dans les moments heureux de ma vie pour partager mes jouissances, comme dans les jours néfastes pour tempérer mes peines et mes chagrins par sa haute raison, ses services, et dont le dévoûment ne m'a jamais manqué. J'ai donc besoin que vous excusiez la faiblesse de mes paroles, que sais-je, peut-être même le désordre de mes pensées.

M. Double (François-Joseph) venait d'entrer dans sa soixante-septième année. Il était né le 6 mars 1776 à Verdun, dans le département de Tarn-et-Garonne. Son père, médecin lui-même, lui avait sans doute de bonne heure inspiré le goût de la sience qu'il devait cultiver avec tant d'éclat : éducation d'exemple dont on trouve les heureux effets chez beaucoup d'hommes. Son esprit avait été si bien façonné par de bonnes études, et telle était la portée de l'intelligence du jeune Double, qu'il avait pu recevoir le titre de docteur à vingt-deux ans. C'est à l'école de Montpellier, dans un temps où cette école conservait encore tout le prestige attaché à son antique origine, en même temps que la religion des principes qui l'avaient rendue célèbre, que M. Double avait fait toutes ses études médicales; c'est là qu'il composa pour sa dissertation inaugurale un premier travail, qui fut remarqué, sur l'imminence des maladies en général; c'est là qu'il avait puisé le germe de quelques vues, de quelques opinions un peu systématiques, et d'une certaine manière de philosopher en médecine, en désaccord quelquefois avec la stricte et rigoureuse observation des faits, dont quelques lueurs perçaient toujours dans sa

conversation comme dans ses travaux scientifiques, qu'on lui a quelquefois reprochées, et dont en effet on pourrait avoir à craindre les écarts chez des esprits qui n'auraient pas l'élévation et la supériorité du sien. Etait-ce de la part de M. Double excès de reconnaissance pour les maîtres qui l'avaient formé? N'était-ce pas plutôt le fait de cette disposition de la plupart des hommes à conserver l'empreinte de leurs premières impressions, empreinte dont on retrouve plus tard comme un reflet dans toutes les productions de leur esprit, non moins que dans leurs habitudes, leurs goûts, leurs penchants et leur caractère?

Quoi qu'il en soit, et après quelques années pendant lesquelles de tristes événements domestiques, enfantés par les circonstances politiques de cette époque, avaient mis son courage et son dévoûment à une grande épreuve, M. Double fut attiré à Paris par le désir d'y voir, d'y connaître, d'y apprendre ce qu'il n'avait pu ni voir, ni connaître, ni apprendre à Montpellier : c'était en 1803. L'illustre Barthez s'était constitué de loin son protecteur et l'avait recommandé à quelques-unes des célébrités médicales du temps, particulièrement à l'excellent M. Sédillot dont il eut bientôt conquis l'amitié, dont il ne tarda pas à partager les occupations, et à la famille duquel il s'attacha en épousant la fille du célèbre chimiste Pelletier, la sœur de notre confrère actuel. Il est probable que le jeune docteur de Montpellier avait un secret pressentiment des succès qui l'attendaient dans la carrière; car on raconte qu'en recevant les embrassements de sa mère et ceux d'une sœur qu'il chérissait, avec une modique somme d'argent, qui devait lui servir pour un séjour à Paris pendant six mois seulement, il leur dit : Je n'épuiserai pas ce que vous mettez à ma disposition;

je saurai promptement me créer des ressources; et mes enfants, si le ciel doit m'en accorder, seront baptisés sur les bords de la Seine.

Jamais patronage n'a été mieux appliqué; jamais pressentiment ne s'est mieux réalisé. M. Double, en effet, a su se faire un nom par ses travaux en littérature médicale et par quelques mémoires de médecine pratique. Il les consignait dans le journal que publiait alors M. Sédillot, journal qui, sous les titres successifs de *Recueil périodique de la société de médecine* et de *Journal général de médecine*, a été pendant les vingt-cinq premières années de ce siècle presque le seul, ou du moins le premier des ouvrages périodiques consacrés aux sciences médicales. De simple collaborateur qu'il fut d'abord, il devint plus tard rédacteur principal de ce journal auquel il sut conserver une grande importance. On a peine à concevoir comment un seul homme a pu suffire pendant sept ou huit années à l'analyse raisonnée et toujours piquante de tant d'ouvrages sur des sujets si divers, à des comptes rendus si substantiels et si réguliers sur la constitution médicale de Paris, à tant de mémoires originaux, alors que la confiance publique commençait à l'environner, et que croissait si rapidement sa réputation comme praticien : c'est que M. Double était doué d'une prodigieuse facilité pour le travail et d'une aptitude singulière à se familiariser avec tout ce qui se faisait dans les sciences; c'est qu'alors, comme plus tard, et que plus tard comme alors, sa vie était une vie toute de travail, en même temps que de dévoûment à sa famille et à ses amis. On serait étonné si l'on savait combien peu d'instants pendant toute sa carrière il a donné à la distraction et aux plaisirs; aussi trouvait-il toujours au milieu de ses occupations obligées de chaque jour et de

ses travaux les plus pressants, le moyen d'étendre son érudition déjà si vaste, et d'ajouter aux ornements de son esprit, déjà si nourri des beautés de la littérature ancienne et de la littérature moderne.

C'est dans le même temps qu'un concours, ayant été ouvert par Napoléon pour des recherches sur le croup, M. Double, jeune encore, et qui ne semblait pas s'être trouvé dans une position favorable pour recueillir les matériaux propres à élucider l'histoire de cette maladie, ne craignit pas de descendre dans l'arène. Il n'obtint pas le prix, que se partagèrent alors Albert, médecin de Brême, et M. Jurine, de Genève; mais il eut la première mention honorable; c'était encore un assez beau triomphe dans un concours qui avait fixé les regards de toute l'Europe, et dans lequel la récompense empruntait un si grand éclat de celui de l'homme au nom duquel elle était décernée.

A la publication de son ouvrage sur *le croup*, M. Double fit succéder celle d'un ouvrage plus étendu, d'un travail de longue haleine, qui, dans une certaine limite, sous un certain rapport, et dans un but déterminé, embrasse toute la médecine, je veux dire touche à toutes les maladies qui sont de son domaine : c'est un traité complet de séméiotique; c'est l'histoire des phénomènes dans toutes les maladies, envisagés comme bases de diagnostic, c'est-à-dire comme signes de l'état présent et comme présages d'un état futur : œuvre considérable, fruit de longues méditations, qui ne pouvait être exécutée que par un esprit observateur, et qui confirma la réputation que M. Double s'était déjà acquise comme penseur et comme praticien.

Plus tard, sa coopération comme médecin, et pour confirmer par l'expérience ce que le raisonnement et la

théorie firent promptement présumer, vint en aide à M. Pelletier dans les recherches chimiques de ce dernier, et sanctionna tout ce qu'il y avait de beau et d'utile dans la découverte du sulfate de quinine. Ainsi, deux hommes, déjà unis par les liens de famille, et entre lesquels s'est maintenue la plus étroite amitié, avaient réuni leurs efforts pour créer une des innovations les plus heureuses et des plus importantes qui aient été faites depuis des siècles en thérapeutique médicale. M. Pelletier ouvrait la voie dans la découverte des alcalis végétaux; et M. Double, par des observations multipliées, et dans des mémoires pleins d'intérêt, montrait le premier l'efficacité du sulfate de quinine contre les fièvres intermittentes, et tous les avantages que la médecine devait retirer de la substitution de cette préparation du quinquina au quinquina proprement dit.

L'Académie des sciences méritait bien qu'on lui offrît les prémices de ces beaux travaux, et qu'on les soumît à sa sanction; c'est ce que firent M. Double et M. Pelletier, dont l'attente ne fut pas trompée. C'était pour l'un comme pour l'autre un acheminement à de plus grandes marques de distinction de la part de l'Académie; je me trompe, et pour M. Double particulièrement, que tant d'autres services déjà rendus à la science, tant d'autres travaux plaçaient si haut dans l'opinion publique, et chez lequel tant et de si beaux rapports faits à l'Académie royale de médecine décélaient un esprit essentiellement académique, ce n'était qu'un droit de plus qu'il acquérait à sa prochaine admission dans le sein de l'Académie des sciences.

Il y remplaça Portal dans la section de médecine et de chirurgie en 1832. A moins qu'on eût voulu, sans motifs raisonnable, oublier les anciennes traditions, adopter de

nouveaux errements, et refuser l'honneur suprême d'appartenir à l'Académie des sciences, aux hommes qui, sans perdre de vue les intérêts de la science elle-même, ont acquis une grande renommée comme praticiens, les suffrages de l'Académie ne pouvaient guère alors se partager qu'entre M. Double et l'homme d'un mérite non moins éminent, qui venait d'attacher son nom à une nouvelle doctrine médicale, dont le système et les vues avaient excité tant d'enthousiasme et comptaient tant de zélés partisans. La lutte, en effet, ne fut engagée qu'entre Broussais et M. Double. Il n'appartient pas de dire si le temps a pleinement justifié le choix qu'avait fait l'Académie; on pourrait voir dans mon jugement une de ces préventions contre lesquelles l'amitié ne sait pas toujours se défendre; d'ailleurs ce n'est pas en présence des restes inanimés d'un collègue, de celui qui faisait profession d'une grande tolérance, et qui voyait avec une si grande peine les dissensions et les haines enfantées par la diversité des opinions, que je proférerais des paroles qui pourraient être mal interprétées (1).

On s'est demandé comment M. Double, dont le style, comme écrivain, avait tant d'abondance et d'éclat, qui joignait à une élocution si claire, si facile, parfois même si brillante, une si grande variété de connaissances, de celles surtout qu'on acquiert rarement pour soi seulement, mais presque toujours avec l'intention de les trans-

(1) Dans le passage qui précède, j'ai voulu principalement rappeller le vif combat, qui, peut-être dans l'Académie, mais plus encore hors de l'Académie, dans l'opinion publique et dans la presse, avait précédé l'élection. Mais la vérité m'oblige aussi à rappeller qu'au moment même de l'élection, une minorité imposante se forma en faveur de M. Breschet sur qui M. Double ne l'emporta que d'un petit nombre de voix.

mettre aux autres, n'avait point aspiré au professorat; et comment aussi, après avoir recherché et obtenu la confiance publique comme praticien, il n'avait rien fait pour prendre place parmi les médecins de nos hôpitaux, pour exercer son esprit d'observation dans ces vastes asiles des misères humaines, où l'on peut si facilement et en si peu de temps acquérir une vaste expérience. Sans aucun doute, s'il l'eût voulu sérieusement, ces deux voies d'illustration se seraient ouvertes pour lui sans obstacle, et sur ce double théâtre dont les avenues sont maintenant encombrées, il aurait pu donner à ces facultés un autre essor, un essor plus grand encore. Mais peut-être M. Double était-il de ces hommes trop rares, qui, tout en recherchant les succès et travaillant à les obtenir, savent cependant imposer des bornes à leurs désirs. L'honneur d'appartenir à l'Académie des sciences, avant qu'il l'obtînt comme après qu'il l'eut obtenu, suffisait à son ambition. Peut-être aussi M. Double avait-il craint que la pratique journalière dans un hôpital et les labeurs d'un enseignement public ne lui laissassent plus assez de temps disponible pour d'autres études qu'il chérissait. Une fois pourtant, je l'avais fait consentir à ce qu'on songeât à lui pour une place vacante dans notre Faculté de médecine; et peu s'en fallut qu'il ne fût appelé à l'enseignement de l'hygiène, enseignement qui, je le crois, aurait été très-conforme à ses goûts et au caractère de son esprit. J'aurais compté au nombre des jours heureux de ma vie celui où mes vœux et mes efforts auraient été couronnés par le succès. La Faculté de médecine se serait honorée par un tel choix. Enfin, si j'ai bien compris quelques-uns de ces demi-secrets qu'on confie à l'ami qui vous interroge, la perte qu'il fit d'une épouse adorée, après quelques années de mariage seulement, sa tendresse pour deux en-

fants dont il devenait alors le seul guide, le seul appui, éloignèrent de son esprit tout projet, toute pensée qui aurait pu le contrarier dans les soins qu'il voulait prendre pour leur éducation. Au moins, sous ce rapport, ses vœux ont été amplement exaucés; il a recueilli le fruit des peines qu'il s'est données, des privations qu'il s'est imposées; son orgueil de père a dû être tout récemment encore sasisfait au-delà même des espérances qu'il pouvait avoir conçues.

J'ai dit par combien de dualités du cœur notre collègue avait conquis l'estime générale, et combien, à cause de cela, on attachait de prix à son amitié. Deux ou trois traits de sa vie feront connaître à la fois et l'élévation et la force de son caractère. Pendant les orages de notre première révolution, un de ses frères, engagé dans les ordres sacrés, et qui, depuis quelques années, est devenu évêque de Tarbes, fut obligé de s'exiler en Espagne; il n'hésita pas à le suivre et à s'enfermer avec lui dans les prisons de Figuières pour ne pas le laisser seul dans une position aussi critique.

Qui n'a su la raison qu'il fit valoir pour ne point accepter l'honneur, auquel on songeait pour lui, de l'appeler à faire partie du premier corps de l'état? Il comprenait que la médecine, par l'illustration à laquelle elle conduit quelques hommes, pût être représentée à notre chambre des pairs; mais il ne voulait pas qu'en l'appelant à la pairie on lui imposât l'obligation de renoncer à l'exercice de la profession qui l'aurait conduit à un poste aussi honorable. C'eût été la renier.

Il paraît certain que, dans les derniers jours qui ont précédé le fatal évènement par lequel M. Double nous a été enlevé, quelques électeurs de son arrondissement sont venus lui offrir la députation dans les élections dont la

France va s'occuper. J'accepterais, leur dit-il, si j'étais honoré spontanément des suffrages de la majorité, et je serais flatté d'une si grande marque d'estime ; mais je n'irai point demander les suffrages de mes concitoyens. C'est involontairement vous faire un refus : car cette manière d'agir n'est dans les mœurs, ni de notre époque, ni de la nation.

Un tel homme, messieurs, une telle intelligence, un tel caractère, doivent laisser de longs souvenirs. Peut-être encore n'ai-je pas dit sur M. Double tout ce qui pouvait faire comprendre l'étendue de la perte que l'Académie vient d'éprouver ; peut-être ai-je parlé de lui avec trop de réserve et trop de froideur : c'est qu'en traçant ce court hommage à sa mémoire, je croyais le voir près de moi, du moins je me rappelais combien il aimait peu qu'en sa présence on le félicitât sur son talent ou qu'on vantât ses qualités, et je craignais jusqu'aux reproches qu'il ne peut plus m'adresser. Oh ! si ma voix parvient jusqu'à vous, cher ami, vous le voyez, je vous ai bien connu. Combien m'étaient précieux nos communs épanchements du cœur ! et quel vide votre mort ne va-t-elle pas laisser dans mon existence ! Mais ce ne peut pas être pour un temps bien long que j'ai à ressentir le chagrin de notre séparation..... Encore quelques mois peut-être, que dis-je, peut-être quelques jours, et tout au plus après quelques années, nous nous retrouverons dans le séjour éternel. Adieu.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Traité pratique des maladies de l'enfance, par F. Barrier, docteur-médecin, ancien interne de l'hôpital des enfants malades de Paris. — Paris, 1842. — 1 vol. in-8, de près de 700 pages. Chez Fortin-Masson et comp., libraires.

La médecine de l'enfance a été depuis quelques années l'objet d'un grand nombre de travaux qui ont fait faire des progrès incontestables à cette branche importante de la pathologie. Mais toutes ces recherches disseminées dans les recueils périodiques, n'ont, il faut l'avouer, servi la science qu'au point de vue de la symptômatologie et de l'anatomie pathologique. Trop souvent entreprises à ce point de vue exclusif, elles laissaient, quant aux applications pratiques, beaucoup trop à désirer, et ne pouvaient par conséquent tenir lieu d'un traité didactique. C'est pour remplir cette lacune que M. Barrier a écrit son livre. Cet ouvrage, qui sera probablement le plus complet qui ait paru sur la matière, embrasse l'histoire de toutes les maladies dont l'origine est postérieure à la naissance, et à la formation desquelles la vie intra-uterine est étrangère. Dans cette description il suit l'exemple de l'illustre Stahl, qui ne considérait pas seulement comme maladies des âges celles qui sont dans une dépendance absolue des conditions physiologiques propres aux divers âges de la vie, mais qui pensai qu'il n'en fallait point séparer les autres maladies sur l'opportunité desquelles les âges ont une influence moins exclusive. Le premier volume, le seul qui ait encore paru, est consacré aux maladies de poitrine qui offrent, comme on sait, chez les enfants, un si grand intérêt par leur fréquence et leur gravité. On ne peut savoir trop de gré à l'auteur d'avoir traité avec tout le soin désirable les indications et les moyens thérapeutiques. Sous ce rapport, nous devons signaler les chapitres sur la pneumonie lobulaire, le catarrhe, la coqueluche. Nous regrettons que les bornes d'une simple notice nous empêchent de faire ressortir les considérations générales qui ont trait aux

affections tuberculeuses et scrophuleuses. Ce travail, riche d'érudition et de faits propres à l'auteur, constitue à lui seul une monographie très curieuse. La lecture de quelques-unes de ces pages suffit pour faire voir que M. Barrier appartient à cette classe de médecins qui ont su se préserver des écarts du physiologisme, et rester fidèles aux vérités proclamées par la médecine hippocratique. Le vitalisme qui se rencontre à chaque page du traité des maladies de l'enfance est surtout dignement représenté dans l'introduction qui est tout entière destinée à l'examen des considérations sur les caractères de la vie dans l'enfance. L'auteur passe en revue successivement toutes les fonctions, et conclut de leur activité à l'énergie plus grande de la force vitale dans la première époque de la vie; partant de ce principe, il établit logiquement les règles qui doivent guider la pratique du médecin. X.

Traité du système nerveux dans l'état actuel de la science, par le docteur Sarlandière. 1 vol. in-8°, avec six planches, à Paris, chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie royl de médecine, 17, rue de l'École-de-Médecine. — 1840.

Nous voudrions pouvoir racheter le retard que nous avons mis à rendre compte du Traité du système nerveux du docteur Sarlandière, en donnant une analyse détaillée de cette œuvre posthume publiée deux ans environ après la mort de l'auteur, d'après ses manuscrits, par les soins de sa famille. Mais un ouvrage de ce genre ne se prête guère à l'analyse, et sa nature, comme son contenu, nous obligent à réduire à peu de lignes, ce que nous avons à en dire.

Deux parties distinctes composent ce livre. La première mérite à proprement parler de conserver pour elle seule le titre de l'ouvrage; elle renferme l'étude anatomo-physiologique du système nerveux, et résume les travaux français et étrangers qui existaient sur ce sujet avant la mort de l'auteur. Après quelques notions générales sur l'étude de la névrologie, l'auteur aborde de suite la description des cordons et des centres nerveux, ainsi, que celle des nerfs ganglionaires ou grand sympathi-

que. A chaque nerf, au cerveau, à la moëlle épinière, et aux appareils des sens, se trouvent jointes les notions et les lois physiologiques ou fonctionnelles qui régissent chacun d'eux.

Sous le titre d'harmonie du système nerveux M. Sarlandière réunit les diverses harmonies fonctionnelles, consensuelles et sympathiques qui unissent toutes les parties de ce système pour contribuer au grand acte de la vie, l'innervation. Lorsque cette harmonie vient à cesser, et que l'innervation est détruite, tout organe se trouve enrayé, toute fonction cesse, tout acte vital est aboli, et la désharmonie générale a lieu, ou ce qui est la même chose, la mort, parce que la liaison intime a cessé d'exister.

La deuxième partie de l'ouvrage est un traité, composé d'éléments hétérogènes, des agents qui exercent une influence sur le système nerveux. On comprend que cette partie du livre ne saurait être homogène et complète; car rigoureusement parlant, le milieu dans lequel nous vivons, les vêtements dont nous nous couvrons, toutes les substances alimentaires ou médicamenteuses, solides, liquides ou gazeuses, etc., doivent trouver un chapitre à part dans le livre de M. Sarlandière, et ces chapitres pour être complets devraient former autant de petits traités particuliers. C'est ce qu'a compris l'auteur, et ce qu'il a exécuté en partie : les agents physiques, en effet, pondérables ou impondérables, solides ou liquides, les poisons végétaux, minéraux, ou animaux, corrosifs ou non corrosifs, les agents médicamenteux, les substances assimilables, etc., tous ces agents trouvent dans la seconde partie de son livre une large place; car ils occupent, à eux seuls, plus de la moitié du volume.

Des planches explicatives au nombre de six, et divers tableaux synoptiques, favorisent l'intelligence du texte, et terminent le traité du système nerveux, du docteur Sarlandière.

G. V.

Nouvelle méthode des amputations. 1er mémoire : amputations tibio-tarsienne; par M. le docteur Baudens, officier de la Légion-d'Honneur. Brochure in-8° avec planches. A Paris, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Ce mémoire est le premier de la série de ceux que le docteur

Baudens promet de publier sur les amputations, et dont nous rendrons successivement compte au fur et à mesure de leur apparition. Celui-ci est exclusivement consacré à l'amputation tibio-tarsienne.

Envisagée au point de vue général de la chirurgie, l'amputation tibio-tarsienne rentre dans la loi commune qui prescrit de toujours conserver aux membres le plus de longueur possible. A ce titre on ne comprend pas comment, au milieu des progrès de la chirurgie moderne, cette amputation n'avait pas encore pris rang dans la pratique, puisqu'un très-grand nombre d'amputations de jambe ne reconnaissent pour cause que des caries des os du tarse, dont la guérison ne nécessiterait rigoureusement que la perte du pied en totalité.

La possibilité de conserver la jambe en entier doit sourire, parce que, d'une part, plus on s'éloigne du tronc, moins sont épaisses les parties sur lesquelles le couteau doit avoir action; d'où il résulte une surface traumatique moins étendue, une réaction moins forte sur les grands centres de la vie, et une chance plus grande de guérison. D'une autre part, conservant toute la longueur du levier représenté par la jambe, l'articulation tibio-fémorale reste pourvue de toute la plénitude et de toute la liberté de ses fonctions. Quant à la perte du pied, il est si facile aujourd'hui d'y suppléer par des moyens prothétiques, qu'elle peut-être dissimulée au point de tromper l'œil le plus exercé.

Dans ce mémoire, l'auteur, après avoir fait, dans un coup-d'œil rétrospectif, l'inventaire des documents que la science nous a légués depuis Hippocrate jusqu'à ce jour, concernant la désarticulaton totale du pied, expose son manuel opératoire pour cette opération, ayant soin toutefois de faire précéder cette description par les considérations qui ressortent de l'anatomie chirurgicale de la région sur laquelle doit porter le couteau. C'est ce procédé que nous avons à faire connaître, et nous ne saurions mieux nous y prendre qu'en laissant parler M. Baudens lui-même.

« Le patient est placé sur une table comme pour l'amputation

« de la jambe, l'artère crurale est comprimée sur l'arcade pu-
« bienne, et en même temps au creux du jarret, par la main
« d'un aide intelligent.

« Dans le premier temps opératoire, le tranchant d'un petit
« couteau à amputation, tenu de la main droite, est appliqué
« avec force derrière le talon, sur l'insertion du tendon d'Achille
« au calcanéum, pour être ramené ensuite en coupant les par-
« ties molles jusqu'aux os, d'arrière en avant sur la limite de la
« ligne de démarcation des faces plantaire et dorsale du pied,
« jusqu'à quelques centimètres de la membrane interdigitale
« des orteils, de manière à découper une vaste guêtre. Toute-
« fois, sur le bord interne du pied, l'incision devra tomber un
« peu moins bas qu'en dehors, pour éviter de comprendre dans
« le lambeau un petit trousseau de fibres musculaires appar-
« tenant à la face plantaire. Le sommet de ce vaste lambeau
« sera arrondi, et si le chirurgien manquait d'habitude, il fe-
« rait bien de décrire au préalable le tracé avec une plume.

« Dans le deuxième temps, je saisis vivement par la main
« gauche le lambeau par son sommet, je le soulève avec assez
« de force pour le disséquer à grands traits, et l'isoler de ses
« adhérences avec le tissu osseux. Ce tissu ne doit conserver
« que des filaments, afin que le lambeau soit épais et formé par
« la peau, les tendons des muscles de la jambe, le muscle pé-
« dieux en totalité, par des tissus aponévrotique et cellulaire,
« des veines, des muscles, et surtout par l'artère pédieuse qui
« règne dans presque toute l'étendue du lambeau pour lui por-
« ter les aliments nutritifs..... Arrivé à ce temps de l'opé-
« ration, il faut couper les fibres minces et transparentes du
« ligament articulaire antérieur, et cette section laisse voir un
« sillon transversal qui pénètre dans l'articulation.

« Dans le troisième temps, un trait de scie est porté en tra-
« vers dans le sillon même pour abattre les malléoles et mettre
« sur un plan uniforme les os qui plus tard supporteront le
« poids du corps. Il vaut mieux agir ainsi que de couper les
« malléoles, après le retranchement du pied.

« Dans le quatrième temps, le couteau, repris, est porté sur

« les parties que la scie a respectées, afin de couper avant « et arrière les tissus ligamenteux et l'artère tibiale postérieure, « dont un aide s'empare à l'instant comme il avait déjà fait pour « l'artère pédieuse. Plusieurs tendons sont ainsi divisés, et parmi « eux le tendon d'Achille par lequel est terminée l'amputa- « tion, en ayant bien soin de raser la surface postérieure du « calcanéum, pour conserver de ce tendon le plus possible. »

A cet exposé M. Baudens joint l'histoire de ses opérés, et il termine cet opuscule par quelques considérations générales et comparatives, ainsi que par la description des moyens prothétiques.

Trois planches faites d'après nature démontrent parfaitement les objets, et servent à l'intelligence du texte.

G. V.

De la prostitution et de ses conséquences dans les grandes villes, dans la ville de Lyon en particulier, etc. — Ouvrage qui a remporté en 1841, le prix proposé par la Société de médecine de Lyon ; par A. Potton, D. M., médecin désigné de l'hospice de l'Antiquaille. — 1 vol. in-8°. Paris, 1842. Chez J. B. et Germer-Baillière.

« La philosophie (a dit *Charron*, De la sagesse. Chap. XXII.) se mêle et parle librement de toutes choses, pour en trouver les causes, les juger et les régler. » Aussi, sommes-nous bien loin de regarder comme indigne de la sollicitude du médecin philosophe, l'examen approfondi de la question de la *prostitution*, bien que certains détails dans lesquels il lui faut nécessairement entrer, soient de nature à blesser la modestie et offenser la délicatesse de quelques-uns. M. Potton, à l'exemple du vertueux Parent-Duchâtelet, n'a pas craint de descendre dans les égoûts de la prostitution pour les assainir. Le monde et les médecins doivent lui savoir gré de son zèle.

Centre d'une industrie de premier ordre, d'un commerce très-étendu, Lyon, qui, depuis plusieurs siècles, compte un grand nombre d'habitants, a dû subir, dès le principe, les conséquences de son organisation. Le négoce, en général, est signalé par les anciens législateurs comme une cause de corruption ; il

est reconnu que les nations les plus commerçantes se sont montrées toujours les plus dissolues.

Au retour de la campagne d'Italie, Charles VIII, passant à Lyon, y laissa le *mal de Naples*, dont ses soldats étaient infectés, comme l'atteste une curieuse chronique du temps, réimprimée en 1841, par les soins d'un habitant de cette ville, (*Séjour de Charles VIII et Loys XII à Lyon sur le Rosne.*)

Aujourd'hui, où grâce au progrès de l'industrie, près de quarante mille individus des deux sexes, libres, célibataires, dans la vigueur de l'âge, vivent sous les mêmes toits, des mêmes occupations, ayant ensemble des rapports habituels, on doit sentir quel développement ont dû prendre à Lyon, et la syphilis et la prostitution qui propage le mal avec une si déplorable rapidité ! Déjà, il y a plus de cinquante ans, Rousseau écrivait dans ses confessions : « J'ai toujours regardé Lyon comme la ville d'Europe où règne la plus affreuse corruption. » M. Potton établit sur des évaluations qui paraissent fondées, que, sans compter les prostituées déclarées et publiques, on doit rencontrer à Lyon une femme sur dix vivant dans le désordre.

Comme tous les observateurs éclairés qui ont eu à s'occuper de ce sujet, M. Potton pense qu'au temps où nous vivons deux causes puissantes viennent encore s'ajouter aux causes déjà anciennes, pour favoriser la propagation de la syphilis, savoir : les annonces trompeuses d'un charlatanisme toléré par l'autorité qui laisse le peuple à la merci de ces dangereux spéculateurs et l'invasion de doctrines prétendues rationnelles et progressives qui ont éloigné un assez grand nombre de médecins de l'emploi du remède spécifique de la vérole.

Après avoir étudié les causes de la prostitution et de la syphilis, l'influence de toutes deux sur la santé et le bien-être de la population, l'auteur consacre les deux dernières parties de son livre à l'examen des mesures à employer pour y porter un remède ; et là encore il fait preuve d'un esprit sage et d'un jugement droit qui sait tirer de sages conséquences des recherches et des travaux antérieurs. Assurément l'ouvrage de M. Potton n'a pas éclairci toutes les difficultés de la question de la

prostitution; mais il doit être classé au nombre des bons écrits sur la matière. G.

Des écoulements particuliers aux femmes, et plus spécialement de ceux qui sont causés par une maladie du col de la matrice, par J.-F.-A. Troussel, docteur en médecine. — Brochure in-8°.

Il y aurait déjà beaucoup à dire sur le titre de cet opuscule, qui vient après tant d'autres réveiller la question si agitée depuis une quinzaine d'années, des affections de l'utérus. Est-il vrai de dire, par exemple, que les écoulements et particulièrement ceux dont parle M. le docteur Troussel, soient toujours *causés* par une maladie du col de la matrice? Ne pourrait-on pas soutenir, au-contraire, que la maladie du col de la matrice (lorsque maladie il y a, ce qui n'est pas toujours aussi facile à constater que le croient certains médecins) n'est elle même le plus souvent *qu'un effet*, soit de l'écoulement, soit de la cause *plus* éloignée qui a provoqué celui-ci, et concomitamment (si l'on nous passe le mot) les lésions de volume, de situation, de couleur et de texture que peut offrir le col de l'utérus examiné au spéculum? Déjà plus d'une fois nous avons eu à débattre cette question, tant dans ce journal que dans des écrits spéciaux, et nous nous proposons d'y revenir encore en rendant compte d'un livre plus important et plus complet, savoir : le *Traité des maladies des femmes*, de MM. H. Blatin et Nivet, qui est une seconde édition, mais édition refondue et enrichie d'une foule d'additions et d'observations précieuses, de l'ouvrage publié en l'an X, par J.-B. Blatin, sur le *catarrhe utérin*.

M. le docteur Troussel est d'ailleurs un praticien modeste et honorable qui n'a pas eu la prétention de fonder une théorie et une pratique nouvelle ; il s'est borné à publier les observations qu'il a recueillies, en suivant des errements connus. Malgré les succès qu'il a obtenus, j'avoue que ces errements ne me paraissent pas les meilleurs qu'on puisse suivre; et je suis porté à croire que plusieurs des guérisons qu'il proclame ne se sont pas soutenues.

Toujours est-il que le mémoire de M. le docteur Troussel, écrit avec simplicité et modestie, sera lu avec intérêt et consulté avec fruit par ceux de ses confrères qui s'occupent d'une manière spéciale du traitement des maladies des femmes. G.

Traité du strabisme et de sa cure radicale par la section musculaire, contenant des expériences nouvelles sur la division des muscles orbitaires chez les animaux vivants, et de nouvelles applications de la myotomie oculaire à la guérison du nystagme, de la myopie, etc., etc. Broch. in-8. de 180 pages, par le docteur A.-O. Peyré. A Paris, chez Germer-Baillière, libraire éditeur, 17 rue de l'École de Médecine.

En publiant ce travail sur le strabisme et sa cure radicale par la section musculaire, le docteur Peyré s'est proposé non-seulement d'apporter le contingent de ses recherches sur cette question de la pathologie oculaire, mais aussi de les comparer à ce qui a déjà cours dans la science sur le même sujet, pour en tirer les inductions les plus rigoureuses possible sur les différentes questions qui se rattachent à l'histoire de cette difformité. Son travail est donc un résumé de l'état actuel de la science sur le strabisme et la strabotomie ; et pour l'exposer d'une manière convenable, il a dû consulter et mettre à profit les travaux déjà publiés sur ce sujet.

A l'exemple de MM. Daffin, en Angleterre, F. Cunier, en Belgique, et de M. Lucien Boyer, en France, l'auteur a fait quelques expériences nouvelles sur la myotomie oculaire pratiquée sur des animaux vivants ; et les résultats qu'il a obtenus ont été exactement conformes à ceux obtenus par les chirurgiens qui l'avaient déjà précédé dans cette voie.

Dans la deuxième partie de son opuscule, le docteur Peyré fait connaître les nouvelles applications de la section musculaire à la cure de quelques affections de l'œil, autres que le strabisme : telles que la myopie, le nystagme, l'ophtalmokopie, l'amaurose par contraction musculaire, l'obscurcissement de la cornée nécessitant l'opération de la pupille artificielle, etc.

G. V.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Recherches sur l'opération du strabisme, mémoire présenté à l'Académie royale des sciences, par le docteur LUCIEN-BOYER, ancien interne des hôpitaux, ex-chef de clinique de la faculté de médecine. 1 vol in-8° de 300 pages, avec 10 planches. — Au bureau de la *Lancette française*, et chez G. Baillière, libraire éditeur, rue de l'Ecole de Médecine, 17 *bis*.

OEuvres complètes de John Hunter, traduites de l'anglais sur l'édition du docteur J.-F. Palmer, avec des notes par G. Richelot, D. M. P., chevalier de la Légion-d'Honneur, médecin des dispensaires, etc. Ouvrage approuvé par le conseil royal de l'instruction publique, et adopté pour toutes les facultés secondaires de médecine du royaume. — 16e livraison, texte in-8°, planches in-4° : Anatomie, physiologie, anatomie comparée, zoologie. — 1841 à Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la faculté de médecine, place de l'Ecole de Médecine, n. 4.

Deuxième lettre à l'Académie de médecine, sur la dissolution des calculs urinaires et leur traitement chimique; par LEROY-D'ETIOLLES D. M. — Brochure in-8° 1841. — A Paris chez J.-B. Baillière, libraire éditeur, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Notice sur l'hôpital de Guy, à Londres, et sur l'hospice départemental d'aliénés d'Auxerre, (Yonne), lue à la société de médecine de Lyon, par J.-B. POINTE, professeur à l'école secondaire de médecine. — Brochure in-8°, 1842. — à Lyon, chez Savy, libraire, quai des Célestins, 48.

Précis analytique sur le cancer de l'estomac et sur ses rap-

ports avec la gastrite chronique ou les gastralgies; par le docteur Barras, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc. — Brochure in-8° d'environ 130 pages. — Paris, Béchet jeune et Labé, libraires de la faculté de médecine, rue de l'École de Médecine, n. 4.

Essai sur l'action thérapeutique des eaux ferrugineuses de Passy; par M. Chenu, D. M. avec des notes par M. Isid. Bourdon, membre de l'Académie royale de médecine, etc. — *Deuxième édition*, brochure in-12 d'environ 100 pages. — 1841. Paris, chez Fortin, Masson et comp., place de l'Ecole de Médecine. n. 1.

Précis descriptif et pratique sur les eaux minéro-thermales et les eaux minérales de Bourbon l'Archambauld (Allier); par M. Regnault, médecin inspecteur de ces eaux. — Brochure in-8° d'environ 100 pages. — 1842. Paris, chez Fortin-Masson et comp., libraires, place de l'École de Médecine, n. 1.

Considérations générales sur l'histoire de la médecine et sur le traitement des maladies chroniques et des maladies nerveuses; par le docteur Pinel de Golleville. — Brochure in-8° d'environ 130 pages. — 1842. Paris, chez Just-Rouvier, éditeur, rue de l'Ecole de Médecine, n. 8.

De la menstruation considérée dans ses rapports physiques et pathologiques, par le docteur A. Brierre de Boismont, médecin-directeur d'un établissement d'aliénés, membre de la Société médicale d'émulation de Paris et de plusieurs Sociétés savantes (ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine dans la séance annuelle du 17 décembre 1840); 1 vol. in-8° de 576 pages. Prix : 6 fr.

Nouvelle méthode des amputations, par le docteur Baudens, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou (premier mémoire, *Amputation tibio-tarsienne*), brochure in-8° de 48 pages avec trois belles planches. Prix : 2 fr. 50 c.

Essai sur le traitement rationnel de la descente de l'utérus et les affections les plus communes de cet organe, lu le 9 septembre 1838 à la Société de médecine d'Angers, par le docteur Clément Ollivier d'Angers; in-8o de 128 pages. Prix : 2 fr.

Du bonheur en chirurgie, recueil de faits cliniques, par M. Moulinié, ex-chirurgien en chef de l'hôpital de Bordeaux, professeur de clinique chirurgicale; 1 vol. in-8o de 130 pages. Prix : 3 fr. 50 c.

Traité du strabisme et de sa cure radicale par la section musculaire, contenant des expériences nouvelles sur la division des muscles orbitaires chez les animaux vivants, et de nouvelles applications de la myotomie oculaire à la guérison du mystagme, de la myopie, de l'amaurose par rétraction musculaire, de l'ophthalmokopie, de l'obscurcissement de la cornée nécessitant l'opération de la pupille artificielle, par M. Peyré, docteur en médecine de la Faculté de Paris; 1 vol. in-8o de 188 pages. Prix : 3 fr.

Traité de jurisprudence médicale, tendant à organiser les différentes branches de l'art de guérir, accompagné de la réfutation des erreurs et injustices contenues dans le projet de loi des praticiens de Bruxelles, par MM. *Lepautre et Petit*, praticiens de campagne, ouvrage contenant un grand nombre d'observations neuves sur le charlatanisme, la pratique et la philosophie médicales, et un aperçu du traitement à l'eau froide, système Priesnitz; 1 vol. in-8o de 144 pages. Prix : 3 fr.

Tous ces ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, no 17, à Paris.

Clinique Iconographique de l'hôpital des vénériens, recueil d'observations; suivies de considérations pratiques sur les maladies qui ont été traitées dans cet hôpital, par le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des vénériens de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc., etc.; troisième livraison, contenant trois planches coloriées avec le plus grand soin,

avec un texte explicatif et descriptif; grand in-4o jésus vélin satiné. Prix de chaque livraison : 6 fr. — La quatrième ne tardera pas à être publiée. — Il en paraît une chaque mois.

Paris, à la librairie de Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, no 8.

Maladies communicables des animaux à l'espèce humaine. — *Tumeurs fongueuses* survenues aux deux seins d'une femme à la suite de l'allaitement d'un agneau dont les lèvres étaient atteintes de la même maladie, par le docteur Nozeran, médecin de l'hospice de Charité, et de l'œuvre de la Miséricorde de Montpellier, honoré de la médaille d'argent à l'occasion du choléra, etc., etc. — Avec une planche lithographiée.

Réflexions conjecturales sur la chute de Henri de France, par M. Barbaste, de Montpellier. Broch. in-8°.

Chez Veirun, imprim.-libraire, Grande-Rue, à Alais (Gard).

Civiale, traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires, 2e et 3e parties. 2 vol. in-8, avec figures.

Paris 1842, chez Fortin, Masson et Cie, place de l'École-de-Médecine, n. 1. Prix de chaque partie ou volume 7 fr.

Ces deux parties, formant le complément de l'ouvrage, traitent l'une des MALADIES DU COL DE LA VESSIE ET DE LA PROSTATE, *l'autre des* MALADIES DU CORPS DE LA VESSIE.

Recherches sur les propriétés des eaux minérales, thermales et froides de Chaudesaigues (Cantal), par J. Teilhard, 1 vol. in-8 de 200 pages; Paris 1842, chez Fortin, Masson et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine, n 1. Prix : 3 fr. 50.

Le corps de l'homme, ou l'anatomie et la physiologie humaine, mises à la portée de toutes les classes de la société, par le docteur Galet, 4 vol. in-4, avec un grand nombre de planches lithographiées. A Paris, chez l'auteur, rue St.-Victor, 14, et chez Mansut fils, libraire, 17, rue des Mathurins-St.-Jacques.

TABLES.

1842. TOME II.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

OBSERVATIONS DE CHIRURGIE par par M. Bouchacourt.
— Extirpation partielle de l'œil. 5
— Corps étrangers dans les organes. 12.
— Tumeurs nerveuses sous-cutanées. 27.
— Ligature de la hernie ombilicale. 35.

RAPPORT SUR UNE ÉPIDÉMIE de dysenterie; par M. Mondière. 44.

NOUVELLES OBSERVATIONS de calculs salivaires suivies d'un essai nosographique, etc.; par M. Duparque (suite et fin). 67.

NOTICE pour servir à l'histoire des hallucinations; par P. Blaud. 161

DE LA MASTICATION et du choix des aliments dans les dyspepsies (digestion lente et pénible), Mémoire lu à la société médico-pratique de Paris; par M. A. Lagasquie. 175.

MÉMOIRE sur les cérébro-spinites qui ont régné en 1840 et 1841, à Avignon et qu'il a fallu traiter par l'opium; par M. Chauffard. 190.

ÉTUDE comparative des deux épidémies qui ont régné simultanément à Strasbourg et à Avignon; par Em. Chauffard. 229.

RÉFLEXIONS sur l'épidémie d'Avignon et de Strasbourg, considérée, suivant la doctrine du vitalisme hippocratique, comme une fièvre nerveuse avec affection grave du cerveau et de la moëlle épinière; par M. Cayol. 237.
— Exemple de fièvre nerveuse avec cécité et trismus, guérie par l'opium. 250.
— Analyse clinique de cette observation. 254.

DE LA VALEUR des signes fournis par l'auscultation dans le diagnostic des présentations et positions du fœtus pendant la grossesse et l'accouchement; par les docteurs Devilliers fils et Chailly (Honoré). 322.

NOTE sur l'éclampsie, lue à la séance du 19 novembre 1841, de la Société de médecine de Paris, par Ant. Danyau, 848

OBSERVATION sur une rétention d'urine, lue à la Société de médecine de Paris, par M. Deville. 348.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES. Leçons sur les maladies du cœur et des grosses artères, etc., par M. Gendrin (analyse par M. Delasiauve). 59.
— Histoire de la génération et du développement; par M. Vagner (analyse par M. Devilliers. 96.

Histoire académique du magnétisme animal accompagnée de notes et de remarques sur toutes les observations et expériences faites jusqu'à ce jour; par C. Burdin jeune et Fréd. Dubois (d'Amiens). Analyse par le docteur Cerise. 265.

Clinique chirurgicale de l'hôpital de la pitié; par J. Lisfranc, tome premier. 270.

Base d'une nouvelle physique ou découverte d'un quatrième état des corps, l'état sphéroïdal, par P. H. Boutigny, etc. 376.

De la mentruation, considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques ; par A. Brierre de Boismont, 381.

Revue analytique et critique des journaux de médecine français. (*Avril*) Altération du sang dans la respiration. — Sulfure de chaux contre les hydropisies. — Ramollissement chondroïde des os de la face. — Mort subite par rupture de la rate 107.

(*Mai*) Ophthalmie purulente des nouveaux nés. — Éléphantiasis des Arabes. — Efficacité du seigle ergoté dans un cas de môle hydatidique. — Chorée guérie par le camphre. — Appareil inamovible de blanc d'œuf — Études statistiques des grandes opérations dans les hôpitaux de Paris. 270. 403.

(*Juin*) Annales d'hygiène et de médecine légale. — Mort rapide attribuée à l'administration du sulfate de potasse, 393.

Note sur la phthisie pulmonaire dans le nord de l'Afrique; par M. Guyon, membre de la commission scientifique de l'Algérie. — Observations d'asthme intermittent guéries par le sulfate de kinine, par M. Max-Simon. — Transmission héréditaire d'un vice de conformation des mains et des pieds, d'un bec de lièvre double, et d'un ectropion de la paupière supérieure, observation par M. le docteur Picard.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

Analyses d'ouvrages. Osservationi e considerazioni intorno alle febri, memoria del professore Bufani. — Osservazioni sul sangue humano ; lettera di Buffalini al professore Panizza (analyse par m. Combes, de Castres) 122.

Revue des journaux de médecine anglais. — Des lésions anatomiques de la fièvre continue. — Observations microscopiques sur la structure des foies gras. — Empoisonnement par l'hydrogène arsénié introduit par les voies respiratoires.

Revue des journaux de medecine italiens. — Epidémie de typhus convulsif épidémique observée dans les provinces méridionales de l'Italie pendant les années 1840 et 1841. — 409.

— Note de M. Cayol sur cette épidémie. 424.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Institut de France. (Académie des sciences) (*Février et Mars*). Eaux minérales de l'Algérie. — Anatomie microscopique. — Origine et mode de formation des globules du sang. — Composition de l'air athmosphérique. — Dissolution des calculs biliaires. — Dorage des instruments de chirurgie, 124.

(*Avril et Mai*) Dissolution des calculs urinaires. — Composition de l'air atmosphérique. — Empoisonnement par le bi-oxalate de potasse. — Traitement des rétrécissements de l'urètre. — Composition de la subtance grasse du lait. — Dissolution des concrétions urinaires, 297.

(*Mai et Juin*) Phénomènes chimiques de la digestion. — Causes des fièvres intermittentes — Rétrécissements de l'urètre. — Structure et fonctions de la rétine. — Structure du système nerveux. — Empoisonnement par l'antimoine. 425.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(*mars*) Place vacante à l'Académie. — Commission pour les prix. — Amputation pour une luxation consécutive du genou. — Croup chez l'adulte. — Morve farcineuse chez l'homme. — Fistules vésico-vaginales. — Modification du procédé pour l'amputation de la cuisse. — Eau de de mer gazeuse 132.

(*avril*) Phthisie pulmonaire. — Institution de médecins voyageurs. — Nouvelles scies pour les amputations. — Anus artificiel chez un enfant nouveau-né. 307.

(*mai*) Rapport et conclusions sur la propriété préservative de la vaccine. — Influence du voisinage des cimetières sur la santé. — Cause des hallucinations. — Taille et lithotritie. — Rapprochement des mâchoires traité par la ténotomie. — Répression du charlatanisme. — Ponction périnéale pour le traitement des fistules urinaires. — Perte de substance du cuir chevelu. — mort de M. Double. 450.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Traitement de l'urétrite blennorhagique par le tamponnement avec le coton, 441.

VARIÉTÉS.

Un mot sur les candidatures académiques, 347.

Maladies de la peau, — Cours de M. Gilbert. 347.

Jugement de la Presse allemande sur la Revue médicale, 448.

NECROLOGIE — mort du docteur Double 449.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

MICHEL (le baron) statistique médicale du Gros Caillou, 147.

CHAILLY, traité pratique d'accouchements, 151.

LUCIEN BOYER, recherches sur l'opération du strabisme, 154.

DOR, notice sur les eaux minérales des confins, près Marseille.

RAMBAND, traité élémentaire d'anatomie générale, descriptive et physiologique, 349.

BARBIER, traité pratique des maladies de l'enfance, 459.

SARLANDIÈRE, traité du système nerveux. 461.

BAUDENS, nouvelle méthode des amputations, 463.

POTTON, de la prostitution et de ses conséquences dans les grandes villes, et en particulier dans ville de Lyon, 465.

TROUSSEL, des écoulements particuliers aux femmes, etc. 468.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE, 469

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES ET DES AUTEURS.

A.

Absorption de diverses substances toxiques, 431.
Accouchements, 151.
Air atmosphérique (Composition de), 129, 300.
Altérations du sang pendant la respiration, 109.
Amputation pour une luxation du genou, 134.
Amputation de la cuisse (Modification du procédé pour l'), 139, 463.
Amussat. 315, 316.
Anatomie microscopique, 125.
Angines gutturales traitées par le sulfate d'alumine, 119.
Antimoine (Empoisonnement par l'), 430.
Anus artificiel, 316.
Appareil inamovible de blanc d'œuf, d'alun et d'étoupe, 278.
Asthme intermittent, 396.
Auber. 151.
Auscultation dans la grossesse, 321.

B.

Baillarger. 435.
Barrier. 461.
Baudens. 463.
Bayard (Henri). 393.
Bérard. 134.
Bi-oxalate de potasse (Empoisonnement par le), 301.
Blaud (Hallucinations), 162.
Bodichon. 118-301.
Bois de Loury. 448.
Bouchacourt. Observations de chirurgie, 5.
Boutigny. Base d'une nouvelle physique, 376.
Boyer (Lucien). 154.
Bowmann. 294.
Brierre de Boismont. De la menstruation. 381.
Bufalini. 122.
Burdin jeune et Dubois (*d'Amiens*). 265.

C.

Cabaret. 277.
Calculs salivaires, 67.
Calculs urinaires (Dissolution des), 130, 297. 303.
Camoins (Eaux minérales des), 158.
Candidatures académiques (Un mot sur les), 144.
Cayol. 237, 424, 449.
Cérébro-spinites (Mémoire sur des). 190.
Cerise. 269.
Chailly. 151.
Chambeyron. 115.
Chardon. 279.
Charlatanisme (Répression du), 436.
Charrière. 131.
Chauffard. Mémoire sur des cérébro-spinites, 190.
Chauffard (*Em.*) 229.
Chirurgie (Observations de), 5.
Chorée générale, 278.
Cimetières (Influence de leur voisinage sur la santé), 434.
Civiale. 427.
Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié, 365.
Cœur (Maladies du), 89.
Colson et Dubreuil-Hélion. 89, 276.
Combes. 124.
Corps étrangers dans les organes, 12.
Croup chez l'adulte, 135.

Croup traité par les vomitifs répétés, 120.
Cuir chevelu (Perte de substance du). 439.

D.

Danger, 430.
Danyau. Note sur l'éclampsie, 348.
Delarroque, 120.
Delasiauve. 113, 119, 285, 409.
Devilliers fils, 108-154.
Devilliers et *Chailly*. Auscultation dans la grossesse, 321.
Digestion (Phénomènes chimiques de la) 425.
Dissolution des calculs urinaires, 297.
Donné, 126.
Dor. 158.
Dorage des instruments de chirurgie, 131.
Double (Mort du docteur), 450.
Drouineau. 437.
Dubois (d'Amiens) et *Burdin* jeune, 265.
Dumas. 129, 300.
Duparcque. Calculs salivaires, 67.
Duvergie. 448.
Dysenterie (Epidémie de), 44.
Dyspepsies (Mastication et choix des aliments dans les), 173.

E.

Eau de mer gazeuse, 142.
Eaux minérales de l'Algérie, 124.
Eclampsie, 348.
Ecoulements particuliers aux femmes, 468.
Eléphantiasis des Arabes, 276.
Emphysème pulmonaire, considéré comme cause de mort, 436.
Empoisonnement par l'hydrogène arsénié, 296.
— Par le bi-oxalate de potasse, 301.
Encanthis fongueux, 5.
Enfance (Maladies de l'), 461.
Epidémie de Strasbourg et d'Avignon (Etude et réflexion sur les), 229, 237,
Extirpation partielle de l'œil, 5.

F.

Face (Réunion d'une partie de la), 403.
Fièvre continue (Lésions anatomiques de la), 285.
Fièvres intermittentes (Causes des), 426.
Fièvre nerveuse avec cécité et trismus, 434.
Fièvre nerveuse épidémique, avec affection grave du cerveau et de la moëlle épinière, 424.
Fièvres (Observations et considérations sur les), 122.
Fistules vésico-vaginales, 137.
Flandin. 430.
Fœtus Diagnostic des présentations et position du), par l'auscultation), 321.
Foie gras (Observations sur la structure du). 294.
Fourcault. 426.

G.

Gauthier de Claubry. 433.
Gendrin. Leçons sur les maladies du cœur, 89.
Génération et développement (Histoire de la), 96.
Gibert. 317.
Globules du sang (Origine des), 126.
Guillon. 301.
Guyon. 394.

H.

Habets. 96.
Hallucinations, 435, 162.
Hernie ombilicale chez les enfants (Traitement de la), 35.
Hourmann. 441.
Hydrogène arsénié (Empoisonnement par l'), 296.

I.

Instruments de chirurgie (Dorage des), 131.

J.

Jobert. 436.
Jugement de la presse allemande sur la *Revue médicale*, 448.

L.

Lagasquie. 173.
Lait (De la substance grasse du), 302.
Laugier. 114.
Lavacherie. 439.
Leroy-d'Etiolles. 137.
Lesauvage. 139.
Lisfranc. Clinique chirurgicale, 365.
Longchamps. 303.
Louis. 307.

M.

Magnétisme (Histoire académique du), 265.
Malgaigne. Etudes statistiques sur les opérations, 280, 403.
Mandl 109, 125, 429.
Mastication et choix des aliments dans les dyspepsies, 173.
Max-Simon. 396.
Melloni. 428.
Menstruation (de la), considérée dans les rapports physiologiques et pathologiques, 381.
Mérat. 448.
Michel (le baron), 147.
Mole hydatidique (Du seigle ergoté contre la), 277.
Mondière. Epidémie de dysenterie, 44.
Mort subite par rupture de la rate. 118.

N.

Nécrologie, 450.
Nouveau-nés (Ophtalmie purulente des), 270.

O.

Observations de chirurgie, 5.
Odelph. 403.
Opérations (Statistique sur les grandes), 280.
Ophthalmie purulente des nouveau-nés, 270.
Oppenheim. 449.
Oreilly. 296.
Orfila. 431.
Os de la face (Ramollissement chondroïde des), 115.

P.

Pasquier. 142.
Peau (Maladies de la), 317.
Pelouze. 130.
Perrin. 119.
Petit 297, 304.
Phthisie pulmonaire dans le nord de l'Afrique, 394, 307.
Physique (Base d'une nouvelle), 376.
Picard. 400.
Ponction au périnée, 436.
Potton. 466.
Présentations et positions du fœtus (Diagnostic des), par l'auscultation), 321.
Prostitution (De la) dans les grandes villes, 466.
Prus, 436.

R.

Ramollissement chondroïde des os de la face, 115.
Réflexions sur l'épidémie de Strasbourg et d'Avignon. 237.
Rétention d'urine, 361.
Rétine (Structure et fonctions de la), 428.
Réunion d'une partie de la face presque complétement séparée, 403.
Revue médicale, jugée par la presse allemande, 448.
Rokitauski. 286.
Romané (de), 301.
Roux. Discours prononcé sur la tombe du docteur Double, 450.
Royer-Collard. 436.

Rupture spontanée de la rate. 118.

S.

Sandras. 425.
Sang humain (Observations sur le), 122.
Sarlandière. 462.
Scie nouvelle pour les amputations et résections, 315.
Seigle ergoté contre la môle hydatique, 277.
Sulfate d'alumine contre les angines gutturales, 119.
Sulfate de potasse (Mort rapide attribuée à ce sel), 393.
Sulfate de quinine contre l'asthme intermittent, 396.
Sulfure de chaux contre les hydropisies, 114.
Statistique médicale de l'hôpital du Gros-Caillou, 147.
Statistiques (Etudes) sur les grandes opérations, 280, 403.
Strabisme, 154.
Structure du système nerveux, 429.
Système nerveux (Traité du), 462.

T.

Taille et lithotritie, 437.
Teigne faveuse guérie par la cautérisation, 448.
Thibaud. 278.
Trousseau. 270.
Troussel. 468.
Tumeurs nerveuses sous-cutanées. 27.
Typhus convulsif épidémique, 409.

U.

Urètre (Rétrécissement de l'), 427, 301.
Urétrite blennorrhagique) traitée par le tamponnement avec le coton) 441.
Urine (Rétention d'), 361.

V.

Vaccine. 433.
Velpeau. 439.
Vice de conformation héréditaire, 399.
Vignolo. 158.
Vitalisme hippocratique (Doctrine du), appliquée à l'épidémie de Strasbourg et d'Avignon. 424.
Wagner Rodolphe. 96.

ERRATA DU TOME PRÉCÉDENT.

Ligne 14, p. 302, au lieu de *pathologie* lisez *philosophie*.
Ligne 18, p. 304, au lieu de *action anormale* lisez *réaction*.
Ligne 17, p. 305, au lieu de *contient* lisez *entretient*.
Ligne 15, p. 308, au lieu de *qu'il* lisez *s'il*.
Ligne 19, p. 310, au lieu de *agissant* lisez *agissent*.
Ligne 20, p id. au lieu de *produisant* lisez *produisent*.
Ligne 7, p. 319, au lieu de *corps* lisez *causes*.
Ligne 6, p. 324, au lieu de *enervation* lisez *innervation*.
Ligne 18, p. 326, au lieu de *ses* lisez *ces*.